

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**“ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS ALUMNOS CON
HABILIDADES DIFERENTES DEL CEBE “BEATA ANA ROSA
GATTORNO” Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO DE LOS PADRES Y/O CUIDADORES SOBRE SALUD
ORAL”**

Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista

Presentado por:

FIGURELLA ALESSANDRA GARRIDO LECCA CHIPANA

ASESOR:

C.D ESP. DANTE PANGO PALZA

TACNA- PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios, a pesar que el camino fue largo y duro me ayudó a decidir mi vida por la odontología, profesión por la que a través de ÉL hace de mis manos su mejor instrumento para no sólo devolver sonrisas, sino cambiar la vida de quien lo necesite.

A Yenny, mi mamá, por ser el mejor motivo y ejemplo de superación, por darme las fuerzas necesarias, por alentarme y extenderme su mano en los momentos difíciles que quise retroceder, gracias por ser mi primera paciente y siempre creer y confiar en mí; por y para ti todo.

A Guido, mi esposo, por llegar a mi vida en el momento preciso, por convertirte en mi mejor amigo y estar como director técnico en este proyecto siempre con las palabras precisas y empuje necesario, y por darme la familia que ahora tenemos, tú y bebé mi mejor impulso, siempre juntos y hacia adelante.

A mis hermanos Nevenka y Guillermo los adoro, a mis sobrinos, porque desde la más pequeñita hasta el más grande confió en mí siendo mis mejores pacientes, gracias por dejar atrás el miedo al odontólogo y darme su eterno apoyo, y a toda mi familia por su preocupación.

A mis angelitos en el cielo, Alfredo y Mafalda, lo logré y esto es con todo mi amor para ustedes que nunca quitaron sus ojos de mis sueños.

AGRADECIMIENTOS

A Javier, mi papá, por la gran instrucción y guía en la realización y preparación de este proyecto, por tus refranes dados y las clases previas de oratoria.

A la familia Olivera Sullasi, Señores Guido y Frida infinitas gracias por el apoyo incondicional y el cariño brindado, ahora somos una familia.

A mi asesor, Dante Pango Palza, gracias por la paciencia, por lo enseñado y por las infinitas charlas que fueron más camaradería que de asesoría; gracias por su amistad.

Al Dr. Oswaldo Cava y la Dra. Yesica Condori, por ser mi fuente de inspiración, dedicación y ejemplo para este proyecto, al CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno”, desde la directora hasta sus profesoras, por el apoyo y abrirme las puertas de su institución.

A todos los niños con habilidades diferentes, por demostrarme que para este mundo no hay barreras, que el amor y una sonrisa son los agradecimientos más sinceros y puros que puedan darse, y a sus padres por la confianza depositada en mí.

A todos mis docentes que aportaron de distintas maneras a ser la profesional que hoy soy y a mis amigos que son los número uno en alentarme.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el estado de salud bucodental de los alumnos con habilidades diferentes y su asociación con el nivel de conocimiento de padres y/o cuidadores sobre salud oral.

Material y método: La investigación fue de tipo observacional, prospectivo, transversal y de nivel correlacional, la población correspondió al (Centro de educación básica especial) CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” y que tiene como fin ayudar a la población que padezca de algún tipo de discapacidad, mediante una currícula de educación inclusiva; cuenta con los niveles de inicial y de primer a sexto grado de primaria. La población fueron todos los alumnos con las habilidades diferentes de Síndrome de down, retardo mental, autismo y otros del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” y los padres y/o cuidadores.

Resultados: El índice de higiene oral y grupal, del total de niños con síndrome de down el 66.7% muestra un índice de higiene individual deficiente, los niños con retardo mental el 58.8% el índice de higiene es deficiente. El índice grupal muestra un grado aceptable en el 100% de la población. En el índice de caries, el grupo con dentición permanente el 100% mostró un CPO-D alto, aquellos con dentición decidua con síndrome de down mostraron un CEO-d alto, lo mismo que los niños con retardo mental. El 63.6% de los padres tienen un nivel de conocimiento regular, seguido de un 25% como bueno y sólo un 11.4% considerado como malo.

Conclusiones: El nivel de conocimiento no está influenciado por las condiciones de edad, sexo, habilidad diferente y tipo de dentición del niño.

Palabras clave: Salud Bucodental, Niños con Habilidades Diferentes, Nivel De Conocimiento.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the oral health status of students with different abilities and their association with the level of knowledge of parents and / or caregivers on oral health.

Material and method: The research was observational, prospective, cross-sectional and correlational cohort, the population corresponded to CEBE "Beata Ana Rosa Gattorno" Special Education Center and whose purpose is to help the population suffering from some kind of disability, through an inclusive education curriculum; has the levels of initial and first to sixth grade of primary. The population were all students with different skills at CEBE "Beata Ana Rosa Gattorno" and parents and / or caregivers.

Results: The index of oral and group hygiene, of the total of children with down syndrome 66.7% shows a deficient individual hygiene index, children with mental retardation 58.8% the hygiene index is deficient. The group index shows an acceptable level in 100% of the population. In the caries index, the group with permanent dentition 100% showed a high CPO-D, those with deciduous dentition with Down's syndrome showed a high CEO-d, as did children with mental retardation. 63.6% of parents have a regular level of knowledge, followed by 25% as good and only 11.4% considered as bad.

Conclusions: The level of knowledge is not influenced by the child's age, sex, ability, and type of dentition.

Key words: Oral Health, Children with Different Skills, Level of Knowledge.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I.....	10
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.1 Fundamentación del problema	11
1.2 Formulación del problema.....	12
1.3 Objetivos de la investigación.....	13
1.3.1 Objetivo General.....	13
1.3.1 Objetivos Específicos	13
1.4 Justificación.....	14
1.5 Definición de términos	15
CAPÍTULO II	18
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	18
2.1 Antecedentes de la investigación.....	19
2.2 Marco Teórico	31
2.2.1 ODONTOLOGÍA EN PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES	31
2.2.1.1 Síndrome de Down.....	31
2.2.1.2 Retraso mental/ Discapacidad intelectual	35
2.2.1.3 Autismo	39
2.2.1.4 Parálisis Cerebral	44
2.2.2 SALUD ORAL	49
2.2.2.1 Odontología Preventiva.....	50
2.2.2.2 Prevención.....	50

2.2.2.3	Prevencción de la enfermedad periodontal.....	53
2.2.2.4	Prevencción de caries.....	56
2.2.2.5	Prevencción para personas con necesidades especiales.....	58
CAPÍTULO III	.....	61
HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES		61
3.1	Hipótesis	62
3.2	Operacionalización de las variables	62
CAPÍTULO IV	.....	63
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		63
4.1	Diseño.....	64
4.2	Ámbito de estudio.....	64
4.3	Población y muestra	65
4.3.1	Criterios de inclusión.....	65
4.3.2	Criterios de exclusión	65
4.4	Instrumentos de recolección de datos.....	66
4.4.1	Nivel de conocimiento.....	66
4.4.2	Estado de salud oral de los niños con habilidades diferentes	67
CAPÍTULO V	.....	69
PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....		69
5.1	Procedimiento.....	70
RESULTADOS	.....	71
Discusión	.....	94
Conclusiones	.....	98
Recomendaciones	.....	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	.....	101

ANEXOS..... 106

ANEXO 1. Consentimiento Informado para la atención odontológica

ANEXO 2. Cuestionario: Nivel de conocimiento de padres y/o cuidadores sobre
higiene oral

ANEXO 3. Ficha clínica del niño

INTRODUCCIÓN

En Tacna, basados en el INCORE (Índice de Competitividad Regional) 2017(1), se muestra que somos la ciudad con el menor porcentaje de personas con acceso a un seguro de salud, 57%, ocupando el último puesto entre las 24 regiones del país en este indicador del PILAR SALUD, estas cifras son alarmantes ya que podemos deducir que la mitad de la población no cuenta con la atención básica de salud.

En la presente investigación se trabajó con una parte de la población que experimentan el difícil acceso a los servicios de salud, nos referimos a personas con habilidades diferentes que existen en la ciudad de Tacna, precisamente con alumnos y padres del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno”, en muchos casos por esta condición se ve afectada el área odontológica que pasa a un segundo plano sin tener la relevancia necesaria, por este motivo se analizaron algunos aspectos como el nivel de conocimiento de los padres y/o cuidadores sobre higiene oral y la relación que existe con el índice de caries e higiene oral en sus niños con habilidades diferentes (Síndrome de Down, Retardo Mental, Autismo, y otros), ya que siendo las personas más cercanas a ellos son responsables directos sobre el cuidado de su salud.

Los resultados de la investigación proporcionaron una base de datos estadísticos sobre el nivel de conocimiento de los padres y/o cuidadores de niños con habilidades diferentes porque en Tacna existe escasa información, por lo tanto esta investigación será punto inicial para incluir a personas con habilidades diferentes en los servicios odontológicos, así también instruir a los futuros profesionales para que brinden atención a los mismos y/o transmitir los conocimientos sobre higiene oral necesarios para que éstas técnicas y recomendaciones se desarrollen en casa y por qué no para implementar futuros programas preventivos inclusivos en salud oral.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema

En Perú existen 1 millón 575 mil personas con algún tipo de discapacidad. La discapacidad es un problema de salud pública que afecta no solo al individuo que la padece sino también a su entorno familiar y es por la misma condición y la falta del conocimiento de los padres de familia y/o cuidadores y la discapacidad de los niños (Síndrome de Down, Retardo Mental, Autismo, y otros) que tienen mayor predisposición a tener caries, enfermedad periodontal, y otras patologías bucales(2).

Los niños con discapacidades y necesidades especiales son los más susceptibles a padecer enfermedades bucales debido que para ellos es difícil cuidar su aseo personal y más el bucal, siendo así que necesitan de los cuidados e intervención de los padres de familia, educadores y odontólogos especializados para formar un equipo multidisciplinario que se vea involucrado en la prevención y cuidado de estos pacientes.

Sin el conocimiento adecuado de los familiares y cuidadores sobre salud oral, los pacientes con habilidades diferentes no tendrán la oportunidad de mejorar su calidad de vida y optimizar su condición; para ello tenemos una herramienta fundamental que es la promoción y la prevención en educación para la salud, que consiste, de acuerdo a la OMS(3), en la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de la salud del individuo, del colectivo y la sociedad.

Las limitaciones médicas, físicas y sociales suelen dificultar el tratamiento odontológico de los niños con discapacidad, los padres de familia y/o cuidadores de estos pacientes con necesidades especiales no cuentan con el conocimiento necesario sobre las posibles patologías bucales referentes a su condición y por este motivo, y sumando el difícil

acceso a los servicios de salud; no acuden a un odontólogo especialista para que les brinde tanto información como un tratamiento adecuado y preventivo.

Por ende, creemos que es de suma importancia la vinculación de los padres y/o cuidadores en las funciones de la educación para la salud de los mismos, ya que así la influencia educativa sobre ellos será directa, y el impacto será mayor ya que contarán con la información y herramientas adecuadas y necesarias para actuar con mayor habilidad en el manejo de estas condiciones especiales.

Teniendo en cuenta que todas las discapacidades necesitan atención médica y conociendo el difícil acceso a consultas y que en nuestro medio, no se han establecidos programas educativos que brinden conocimiento acerca de salud oral para personas con habilidades diferentes, se considera tan importante la atención odontológica para optimizar su estado de salud bucal y lograr no solo cambios cognoscitivos, sino cambios de conducta y estilos de vida; de ahí la necesidad de la realización de esta investigación.

1.2 Formulación del problema

¿Existe asociación entre el estado de salud bucodental de los alumnos con habilidades diferentes del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” y el nivel de conocimiento de los padres y/o cuidadores sobre la salud oral?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General

- Evaluar el estado de salud bucodental de los alumnos con habilidades diferentes del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” y su asociación con el nivel de conocimiento de padres y/o cuidadores sobre salud oral.

1.3.1 Objetivos Específicos

- Determinar el estado de salud oral y el índice de caries de los alumnos con habilidades diferentes según tipo de dentición del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno”.
- Definir el nivel de conocimiento de padres y/o cuidadores sobre la salud oral de los alumnos con habilidades diferentes del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno”.
- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de padres y/o cuidadores sobre la higiene oral de sus hijos con habilidades diferentes según la edad, sexo, habilidad diferente y el tipo de dentición de los alumnos del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno”.

1.4 Justificación

La OMS (Organización Mundial de la Salud) declara que dada la cantidad de personas con discapacidad en el Perú, es ahora una cuestión de derechos humanos por lo cual uno de los objetivos es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”(4)

Se calcula que aproximadamente 620,000 niños en edad escolar presentan alguna discapacidad, de estos niños solo 27,000 tienen acceso a educación, y en nuestro país no existen programas sobre educación en higiene oral para padres y/o cuidadores ni mucho menos programas preventivos de higiene bucal para niños especiales. Debido a esta condición latente en nuestro país y en nuestra ciudad y la poca o escasa información sobre salud oral para los padres y/o cuidadores, se presenta un reto para el odontólogo cuando estos pacientes requieren de nuestra atención, pues las diferentes discapacidades físicas y cognitivas limitan de cierta manera una consulta odontológica normal.(1)

Es notable que la pobre higiene oral que presentan las personas con habilidades diferentes tiene un gran impacto en su calidad de vida, así mismo el desconocimiento de los padres y el poder contribuir con el aporte de la odontología ha motivado la realización de la investigación, la cual permitirá conocer el estado de salud bucodental en alumnos con habilidades diferentes del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” y el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y/o cuidadores para de esta manera obtener un resultado real como base y así en el futuro poder proponer un plan preventivo, eficaz y viable sobre higiene bucal y medidas preventivas que ayude tanto a los padres y/o cuidadores a

aprender sobre higiene bucal y métodos preventivos y a ofrecerle calidad de vida a los pacientes que lo requieran.

Esta investigación no tiene riesgos directos o indirectos para los alumnos con habilidades diferentes, ya que es un estudio observacional que arrojará datos necesarios para poder actuar sobre el problema. Será un proyecto beneficioso para que los alumnos y los padres de familia y/o cuidadores que participen en este estudio puedan recibir charlas de prevención y cuidados de salud bucal.

De esta manera, contribuiremos a alimentar y mejorar el conocimiento sobre salud oral de los padres y/o cuidadores y fomentar la preparación a futuros odontólogos sobre personas discapacitadas para que reciban una atención adecuada; por lo tanto contribuirá a la salud y condición general del paciente.

1.5 Definición de términos

1.5.1 Habilidades diferentes: La frase "personas con habilidades diferentes" fue creada en 1998 por Judith Le Blanc, PhD. Este término no es una substitución para diagnósticos médicos o categorías clínicas empleadas en la investigación profesional.(5)

1.5.2 Salud oral: Estándar de los tejidos orales y relacionados que permite que un individuo coma, hable y socialice sin enfermedad activa, incomodidad o vergüenza, lo cual contribuye al bienestar general.(6)

1.5.3 Índice de caries: Sirve para medir la severidad de caries dental en una población, se utiliza el índice CPO, el cual cuantifica los estados clínicos de la enfermedad en una escala numérica.(7)

1.5.4 CPO – D: Fue concebido por Klein y Palmer en 1937, representa una expresión de la historia de caries sufrida por un individuo o por una población; este índice epidemiológico es aplicada en la dentición permanente.

La sigla C describe el número de dientes afectados por caries dental a nivel de lesión cavitada. P expresa el número de dientes perdidos (extraídos) como consecuencia de la caries dental, y O el número de dientes restaurados u obturados como consecuencia de la caries dental. El índice CPO es el resultado de la suma de estos valores. Se expresará como CPOD cuando la unidad observada es el diente. En el caso del individuo, el índice CPO adopta valores individuales, mientras que en una población el resultado que se reporta es el índice CPO promedio del grupo. Es decir, el valor obtenido de la suma de los valores individuales, dividido por el número de sujetos observados.(8)

1.5.5 CEO – d: Es una modificación hecha por Gruebbell en 1944 al índice original. Es aplicada en la dentición temporal. Se obtiene de igual manera pero considerando sólo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados(8).

1.5.6 Índice de Greene y Vermillion Simplificado (Índice de Higiene Oral Simplificado/IHO-S, 1964): Tiene dos variantes que valoran: A. La extensión coronaria de la placa (Índice de residuos –IR), B. La extensión coronaria del cálculo supragingival y también el subgingival (Índice de cálculos – IC).

Para facilitar la exploración en grandes poblaciones, se diseñó un índice con tan sólo 6 dientes representativos de la cavidad oral y en determinadas superficies gingivales. Los dientes índices elegidos y las unidades gingivales seleccionadas fueron: vestibular de 1.6, 1.1, 2.6 y 3.1 y lingual de 3.6 y 4.6.

Para la tabulación de los datos, al dar un valor numérico a esta variable se puede hallar el promedio individual o poblacional de los datos obtenidos (valor máximo 3, cuando individualizamos el IR y el IC) o bien presentarlos como porcentajes, en estudios poblacionales, del código valorado en cada uno de los dientes explorados. (9)

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 Antecedentes de la investigación

La discapacidad es una condición en la que las habilidades físicas y mentales dificulta el desempeño al momento de la higiene oral así se muestra en los trabajos que veremos a continuación.

Marulanda J y cols. Salud oral en discapacitados. Colombia (2011). La salud oral en pacientes con necesidades especiales ha representado un reto para el profesional de la salud oral ya que trae consigo el desarrollo de enfermedades orales de alta prevalencia como la caries dental y la enfermedad periodontal. Así Marulanda y colaboradores pretenden brindar al odontólogo información relevante a cerca de las enfermedades bucales prevenibles de origen dentobacteriano y las principales necesidades de las personas en condición de discapacidad referentes a su higiene oral, así mismo , se enfatiza en los métodos de remoción de placa mecánicos y químicos para ofrecer una adecuada atención odontológica a dichos pacientes. Concluyendo que es necesario el desarrollo de nuevos implementos de higiene oral enfocados a la población discapacitada.(10)

Marulanda J y cols. Odontología para pacientes autistas. Colombia (2013). Para estos autores la discapacidad psicomotora del paciente autista no está limitado para utilizar los servicios odontológicos, más bien, la falta de conocimiento y entrenamiento de los odontólogos generales para la atención de este grupo de pacientes parece ser el problema. Por ello realizan una revisión detallada de la literatura científica existente encontrada en las principales bases de datos internacionales, con el fin de ofrecerle al odontólogo general y al odontopediatra una herramienta para el entendimiento de la condición autista. Se describe con detalle las técnicas de manejo del comportamiento y técnicas de comunicación necesarias para que el profesional de la salud pueda brindar una atención

integral desde el punto de vista clínico y humano para mejorar la calidad de vida de este grupo de pacientes.(11)

Echevarría- Goche A y cols. Destreza manual para sostener el cepillo dental y remover la placa dental en personas con habilidades diferentes. Perú (2012). Con su estudio busca determinar la destreza manual del agarre del cepillo dental para la remoción de placa dental en personas con habilidades diferentes según edad, sexo. La muestra estuvo comprendida de 28 estudiantes que asistían al centro Ann Sullivan del Perú-CASP (16 con autismo y 12 con síndrome de Down) entre 11 a 26 años de edad. Se determinó el índice de placa de Silness y Løe (IIP) antes y después del cepillado. Este estudio evidencia que la destreza manual del agarre del cepillo dental en pacientes con autismo fue distal oblicuo y mixto (más de un tipo de agarre) y en pacientes con síndrome de Down sólo mixto (más de un tipo de agarre) y la preferencia del agarre del cepillo dental en escolares con autismo fue distal oblicuo y mixto (más de un tipo de agarre) y en escolares con síndrome de Down sólo mixto (más de un tipo de agarre).(12)

Perdomo B y cols. Síndrome de Down e higiene bucal: Lineamientos para padres, cuidadores y docentes. Mérida, Venezuela (2014). Piensan que es de suma importancia proveer a los padres, cuidadores y responsables de las personas con discapacidades como las personas con Síndrome de Down (SD), la información necesaria para llevar a cabo una adecuada higiene bucal. Así que en su artículo hacen un intento por presentar lineamientos para el cuidado de la higiene bucal en personas con SD. Se presentan instrucciones dirigidas a los padres, maestros y cuidadores y comprenden protocolos para asistir a quienes no puedan llevar a cabo las técnicas de higiene bucal (higiene asistida) y para enseñar aquellos que puedan hacerlo de forma autónoma (higiene supervisada).(13)

Aguirre J y cols. Estrategia de intervención educativa sobre la salud bucal en pacientes de 6 a 32 años con síndrome de Down. Perú (2015).

Se propusieron diseñar, implementar y evaluar la aplicación de juegos colectivos adaptados a pacientes de 6 a 32 años con Síndrome de Down, como estrategia de intervención educativa en la Salud Bucal. Se realizó un estudio comparativo, observacional, longitudinal y prospectivo; la muestra estuvo conformada por 50 pacientes de 6 a 32 años, se implementaron y ejecutaron los juegos en el ámbito escolar en un consultorio de la parte médica, se encontró una diferencia significativa entre las medias del Índice de Higiene Oral antes y después de la intervención educativa; dando como resultado que la estrategia de intervención educativa disminuye considerablemente el índice de higiene oral en pacientes con síndrome de down.(14)

Cardona N y cols. Manejo odontológico de pacientes en condición de discapacidad. Revisión de tema. Colombia (2014).

En el mundo existen más de 1000 millones de personas con alguna discapacidad y aunque estas condiciones no son sinónimo de alteraciones orales severas, si se ha logrado detectar en los pacientes que las padecen, señales de mala higiene bucal y enfermedades orales producto de la poca o nula atención odontológica, relacionadas en gran medida al temor que los profesionales del área enfrentan al momento de la atención. La comunicación con pacientes en condición de discapacidad como autismo, síndrome de Down, parálisis cerebral, deficiencia auditiva, presenta un componente adicional de dificultad, por lo cual es necesario apoyarse en un sistema de estrategias comunicativas, protocolos de atención y medios de apoyo que pueden variar entre las distintas discapacidades. Estos permiten que personas con dificultades de comunicación puedan relacionarse e interactuar con su entorno. La capacitación para el odontólogo en este campo no es fácil, dado que no se cuenta con suficientes programas que cubran de forma completa la formación del profesional en este ámbito. El

propósito de este artículo fue realizar una revisión de tema sobre algunos tipos de discapacidades, las manifestaciones bucales más comunes, el manejo odontológico y estrategias de comunicación alternativa apropiada, para brindar una atención de calidad.(15)

Torres L y cols. Intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal en niños con retraso mental leve. Baraguá, Cuba (2013). Se realizó un estudio de intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal en 40 alumnos con retraso mental leve, comprendidos entre las edades de 7 a 11 años, se aplicó una entrevista que contenía 5 preguntas relacionadas con higiene bucal, dieta cariogénica y exámenes periódicos e incluyó el índice de higiene bucal y el examen bucal, que sirvió para valorar los conocimientos que poseían y el nivel de higiene bucal. La evaluación efectuada 6 meses después reveló la eficacia del mismo en la adquisición de hábitos y conocimientos de salud bucal.(16)

Antonio F y cols. Manejo de pacientes con diversidad funcional en el ámbito odontológico. Mérida, Venezuela (2013). La diversidad funcional incluye a aquellas personas que presenta una condición que lo aleja de la normalidad, sea de orden físico, mental o sensorial, así como de comportamientos que requieren atención especial. Se realizó una revisión sistemática acerca del manejo de pacientes con diversidad funcional en el ámbito odontológico con el objetivo de sintetizar, con base en la literatura, las estrategias convencionales y alternativas que son utilizadas al atender a este tipo de pacientes. Los métodos convencionales del tratamiento odontológico no se modifican al atender pacientes con diversidad funcional, sólo se emplea un manejo diferente para establecer una relación odontólogo-paciente más efectiva. Para realizar los tratamientos odontológicos de forma efectiva a pacientes con diversidad funcional, se debe emplear la estrategia adecuada a la condición que éste

presente. Se recomienda realizar más estudios acerca de cada estrategia utilizada en pacientes con diversidad funcional para determinar su efectividad.(17)

Pineda P y cols. Tratamiento Odontológico ambulatorio de pre-escolar con parálisis cerebral. Temuco, Chile (2015). La parálisis cerebral es la discapacidad neuromuscular más frecuente que afecta a los niños, y constituyen un grupo de alto riesgo de patologías orales. El reporte del presente caso clínico, muestra el tratamiento odontológico de un pre-escolar con parálisis cerebral, realizado en forma ambulatoria, sin pre medicación ni anestesia general, sustentado en un conocimiento profundo de la patología basal médica y características individuales. La comprensión de las enfermedades orales, la aplicación de técnicas de manejo conductual y la sensibilización del clínico, permitieron controlar y mejorar el deplorable estado de salud oral del pre-escolar, contribuyendo por lo tanto a una mejor calidad de vida.(18)

Heneche M y cols. Prevalencia de caries dental en niños con necesidades especiales. Maracaibo, Venezuela (2013). Se exploró el índice de caries (CPOD) en dentición permanente con el propósito de establecer la prevalencia y las comparaciones entre los valores de acuerdo al tipo de necesidad especial del niño. El grupo de niños con déficit auditivo presentó un nivel de caries moderado, no así, los niños con síndrome de Down, con parálisis cerebral o con autismo que presentan un nivel epidemiológico de caries considerado alto de acuerdo los niveles de prevalencia de la caries dental.(19)

Mina Bedoya. Estado de salud bucodental de niños con discapacidad del Instituto de Educación Especial del Norte (IEEN) y su asociación con el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral. Quito, Ecuador (2016). Para los niños con discapacidad, el cuidado dental no es generalmente una prioridad por eso es evidente el mayor número de problemas orales. Mina realizó un trabajo similar al nuestro y evaluó el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres mediante una encuesta dando resultados de un nivel regular de conocimiento sobre salud oral en los padres, concluyendo que a mayor conocimiento de los padres de niños con discapacidad, menor es el Índice de Higiene Oral Simplificado.(20)

Cabellos D. Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú. Perú (2006). La investigación tuvo como propósito relacionar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños discapacitados y evaluar la higiene bucal de estos mismos niños; la primera fase de la investigación se evaluó el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en los padres, para lo cual se utilizó como instrumento un cuestionario de 12 preguntas, en la segunda fase de la investigación se evaluó el Índice de higiene oral de los niños con discapacidad. Los resultados obtenidos en la investigación determinaron una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de los padres y estado bucal de los niños.(21)

Inocente M y cols. Educación para la salud en odontología. Perú (2012). Ellos priorizan en que la Educación para la Salud (EpS) es un proceso de aprendizaje continuo que se inicia desde la infancia, continúa a lo largo de nuestra vida y promueve el desarrollo de prácticas saludables. Y manifiestan que hoy en día es considerada una herramienta fundamental para lograr las estrategias que plantea la Promoción de la

Salud. La EpS en Odontología es una combinación de experiencias de enseñanza-aprendizaje que conducen a mejorar y mantener la salud bucal. Se sabe que las enfermedades de mayor prevalencia en odontología son la caries dental, por tanto, temas como la higiene bucal, hábitos alimenticios adecuados, el uso de flúor y otras medidas de prevención a estos problemas, deben ser parte de los mensajes de salud.(22)

Benavente L. Influencia del nivel de educación sanitaria de los padres o apoderados en el estado de salud e higiene bucal del niño con retardo mental. Perú (2007). Su propósito fue evaluar la influencia del nivel de educación sanitaria sobre salud bucal de padres o apoderados sobre el estado de salud e higiene bucal del niño con retardo mental, se realizó una investigación conformada por 58 niños de ambos géneros con retardo mental leve o moderado entre los 6 y 14 años de edad, quienes acudieron con sus padres o apoderados. La evaluación del nivel de educación sanitaria sobre salud bucal de los padres o apoderados, se realizó mediante un cuestionario, los niños fueron examinados utilizando los siguientes índices epidemiológicos: Caries (CPOD-ceod), Índice de placa dental de Greene y Vermillion modificado (IHOS) y el índice gingival de Löe y Silness modificado (IG). Se obtuvo como resultado que el nivel de educación sanitaria sobre salud bucal que poseen los padres o apoderados, está relacionada con el estado de salud e higiene bucal de los niños con retardo mental leve o moderado estudiados.(23)

Reyes I y cols. Programa de salud buco dental para niños con retraso mental aplicado en un área de salud. Holguín, Cuba (2008). Con la finalidad de contribuir a la educación de la salud buco dental en niños con retraso mental, realizaron un estudio quasi-experimental en una muestra de 57 niños para determinar el nivel de higiene bucal se les realizó el índice de análisis de Love, antes y después de la aplicación del programa

de salud buco dental para niños con retraso mental: “Yo también sonrío con salud”. El mismo constó de siete sesiones para permitir una mejor comprensión y motivación del grupo al cual va dirigido. En el estudio predominó el sexo masculino (63,2%) y las edades de 8 a 10 años (68,4%). Luego de la aplicación del programa se evidenció una higiene bucal buena (57.9 %).(24)

Martínez V. Utilización del cepillo eléctrico para mejorar la higiene oral en niños con discapacidad. Ambato, Ecuador (2015). La investigación tiene como objetivo una higiene oral óptima en los niños discapacitados mediante la utilización del cepillo eléctrico. El estudio investigativo se llevó a cabo con 16 niños discapacitados, una vez capacitados los padres de familia y cuidadores sobre el uso correcto del cepillo dental eléctrico, se realizaron dos evaluaciones una inicial sin que reciban la capacitación y otra 15 días después de la capacitación, cambiando el Índice de Higiene Oral Simplificada de REGULAR a BUENO, lo que indica que con el uso diario del cepillo dental eléctrico mejora notablemente la higiene oral de estos niños.(25)

Motta A. Higiene bucal y gingivitis en alumnos con discapacidades intelectuales del colegio especial “Santa Teresa De Courdec”. Lima (2011). El estudio tuvo como objetivo determinar el estado de salud gingival e higiene bucal en alumnos con discapacidades intelectuales, la muestra comprendió 88 alumnos con discapacidades intelectuales (16 con Autismo, 48 con retardo mental sin patología asociada y 24 con Síndrome de Down) de ambos sexos de entre 4 a 25 años de edad; se utilizó para la inflamación gingival el Índice Gingival modificado de Løe y Sillnes y para evaluar la higiene bucal se utilizó el Índice de Higiene Oral modificado de Løe y Sillness. Los resultados obtenidos demuestran que a pesar que es una población con relativo buen estado de salud bucal, algunos de ellos necesitaban atención odontológica.(26)

López N. Análisis de la prevalencia de caries dental en edad pre escolar (niños 4-5 años) con síndrome de down en la escuela de Fasinar. Guayaquil , Ecuador (2014). El estudio tiene por objeto realizar un análisis de la prevalencia de caries dental en edad pre escolar niños de 4-5 años con síndrome de Down, se usó los índices de C.P.O y el c.e.o y a través de esto se obtendrán datos específicos sobre la caries dental y con esto saber qué tipo de tratamiento necesita este grupo de población. Algunos investigadores afirman que estos pacientes presentan una mayor prevalencia de caries dental y las causas serían menor velocidad de flujo salival, malos hábitos de higiene oral debido a una deficiente motricidad fina y a la poca orientación de los padres o tutores en este aspecto: dieta cariogénicas ya que los padres complacen frecuentemente, aludiendo al método preventivo (sellantes de fosas y fisuras) muy eficaz para prevenir la aparición de caries, es inocuo sencillo y no requiere anestesia.(27)

Morales O. Eficacia de dos técnicas educativas: informativa y demostrativa dirigida a padres de personas con discapacidad mental en el Centro Ann Sullivan del Perú. (2006). quien evaluó el IHO de las personas con discapacidad mental (Síndrome Down, Autismo, Retardo mental), antes y después que sus padres recibieran una técnica educativa: informativa sobre higiene bucal o técnica demostrativa sobre higiene bucal, contándose además con un grupo control, con el fin de establecer la mayor eficacia de una de las técnicas educativas, que fue medido a través de la variación del IHO de sus hijos, la muestra constó de 90 personas con discapacidad mental (41 Autistas, 15 con Síndrome Down y 34 con Retardo mental), los 90 padres fueron divididos en 3 grupos de 30 padres cada uno, un primer grupo de padres (30) recibió la técnica educativa: informativa sobre higiene bucal, un segundo grupo de padres (30) recibió la técnica educativa: demostrativa sobre higiene bucal y un tercer grupo de padres que no recibió ninguna técnica fue denominado “grupo

control”. Antes de la aplicación de la técnica educativa se evaluó el IHO en sus hijos, 90 personas con discapacidad mental, luego se procedió a dar la técnica educativa planeada para cada grupo de padres; luego de la enseñanza de las técnicas educativas en los grupos de padres, se procedió a evaluar el IHO en sus hijos (personas con discapacidad mental), después de la observación clínica se procedió a la tabulación de datos y análisis estadístico, encontrándose que la técnica educativa más eficaz fue la demostrativa en comparación con la técnica educativa informativa , ya que obtuvo mayor reducción de IHO estadísticamente significativa y el grupo control no mostró variación significativa.(28)

Orellana L. Atención odontológica de Pacientes Especiales en Chile (2012). Con el objeto de formar a los alumnos de pre y postgrado en la atención de pacientes con necesidades especiales, para crear conciencia y así contribuir en la promoción y prevención de la salud oral de estas personas. pues, sería una forma de incentivar la especialización de profesionales para el tratamiento de pacientes de manejo y patologías más complejas y, así mismo, desarrollar diferentes líneas de investigación que nos den a conocer su estado de salud. Es importante recalcar que la atención de estas personas no solo requiere una formación profesional idónea sino también la capacidad de trabajar con un equipo multi y transdisciplinar y, fundamentalmente, estar muy motivado en la atención de estos pacientes.(29)

Garcés P y cols. Estado de salud oral de niños y adolescentes con discapacidad intelectual en una población chilena. Chile (2012). Determinó el estado de salud oral de niños y adolescentes con Discapacidad Intelectual (DI), por lo tanto, se evaluó una muestra de estudiantes de establecimientos educacionales municipales acerca de historia de caries (dientes permanentes Cariados, Obturados, Perdidos (COPD)/ dientes temporales cariados, extraídos, obturados (ceod)),

calidad de higiene (Índice de Higiene Oral Simplificado, IHO-S) y estado gingival (Índice Gingival, IG). Además, se interrogó acerca de hábitos de higiene, grado de discapacidad intelectual, presencia de enfermedades sistémicas y consumo de medicamentos. Se evaluaron 195 estudiantes de 6-21 años (promedio 13 años) con DI leve a moderada. Concluyendo que el estado de salud oral de la población evaluada es deficiente. La calidad de higiene oral es regular o mala, lo que conlleva un pobre estado de salud gingival.(30)

Benítez M y cols. Enfermedad periodontal en pacientes adolescentes con síndrome de Down. Presentación de caso. México (2014). El síndrome de Down o trisomía 21 es la alteración genética más frecuente en el ser humano; se presentan diversas manifestaciones craneofaciales y bucales, el principal padecimiento bucal reportado en este grupo de pacientes es la enfermedad periodontal. Como objetivo es establecer cuidados bucales preventivos en el desarrollo de la enfermedad periodontal en pacientes adolescentes con síndrome de Down. El tratamiento inicial consistió en técnica de cepillado de barrido asistido por los padres, uso del hilo dental, CPDB (Dento Bacterial Plaque Control) (100%) y aplicación tópica de barniz de fluoruro. Se recomendó a los padres la aplicación en el hogar de un gel bioadhesivo (Perioxidin®) para la rehabilitación oral. Conclusiones: El aspecto más relevante fue la disminución de la cantidad de placa dentobacteriana reportada en controles posteriores (40%).:"El síndrome de Down o trisomía 21 es la alteración genética más frecuente en el ser humano; uno de cada 600-700 recién nacidos vivos es afectado por este síndrome. Éste se caracteriza por la presencia de un cromosoma adicional en el par 21, el cual provoca disminución generalizada en el crecimiento y discapacidad intelectual. Diversas manifestaciones craneofaciales y bucales han sido descritas en la literatura. El principal padecimiento bucal reportado en este grupo de pacientes es la enfermedad periodontal. Establecer cuidados bucales

preventivos en el desarrollo de la enfermedad periodontal en pacientes adolescentes con síndrome de Down. Paciente indígena masculino de 15 años de edad con trisomía 21, bilingüe. Presenta cardiopatía congénita, hipertensión pulmonar y síndrome nefrótico, así como erupción ectópica y ausencias congénitas dentales, oclusión clase III de Angle, mordida cruzada unilateral anterior y posterior, respiración bucal, eversión labial, lengua y labios fisurados, clinodactilia y gingivitis localizada. El manejo de conducta se llevó a cabo a través de la técnica «decir-mostrar-hacer» y control de voz. El tratamiento inicial consistió en técnica de cepillado de barrido asistido por los padres, uso del hilo dental, CPDB (Dento Bacterial Plaque Control) (100%) y aplicación tópica de barniz de fluoruro. Se recomendó a los padres la aplicación en el hogar de un gel bioadhesivo (Perioxidin®) para la rehabilitación oral. El aspecto más relevante fue la disminución de la cantidad de placa dentobacteriana reportada en controles posteriores (40%).(31)

Arias S y cols. Consideraciones actuales del tratamiento estomatológico en niños con discapacidad mental leve. Camagüey, Cuba (2004). La discapacidad o retraso mental es una alteración que se presenta con cierta frecuencia en la población infantil, presentando características específicas en la cavidad oral, la investigación tiene como objetivo ampliar los conocimientos técnicos sobre este problema, ya que las afecciones bucales tienen mayor prevalencia y severidad en este tipo de población, razón por la cual es necesario el tratamiento integral con un énfasis en lo preventivo; y también la orientación a padres y educadores por un equipo de salud.(3)

2.2 Marco Teórico

2.2.1 ODONTOLOGÍA EN PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES

Los pacientes con minusvalías, tanto psíquicas como sensoriales, suelen presentar importantes necesidades de atención odontológica. En este grupo de pacientes, un alto porcentaje tiene grandes dificultades a la hora de recibir dicha atención; unas veces por falta de colaboración, y otras por la dificultad para efectuar tratamiento seguros en un medio no hospitalario como es una clínica dental.

El odontólogo que trate a estos pacientes, generalmente un odontopediatra, debe conocer los fundamentos médicos de las diferentes patologías para poder establecer un correcto plan preventivo, con el fin de mejorar el estado de la salud oral de estos pacientes.(32)

2.2.1.1 Síndrome de Down

Es uno de los síndromes más frecuentes que cursa con discapacidad intelectual de causa genética en el que los pacientes presentan retraso de crecimiento y disminución intelectual de grado variable. Actualmente, se sabe que el 96% de los pacientes con S.D presentan una trisomía del cromosoma 21, y el 4% restante presentan traslocación y mosaicismo. Desde la implantación del diagnóstico prenatal de la trisomía 21 su incidencia se ha reducido de 1 caso entre 800 y 1.100 recién nacidos hasta 3 casos por cada 10.000. Es una

enfermedad universal en la que la edad de la madre es un factor favorecedor dándose, más frecuentemente, en hijos de madres mayores de 35 años.(33)

Los aspectos clínicos más relevantes son: fenotipo peculiar en especial las facies, discapacidad intelectual, retraso del crecimiento, trastornos funcionales y malformaciones. El patrón de crecimiento es braquicéfalo con la cara y el occipucio planos. La cara es plana debido a la existencia de hipoplasia de los huesos faciales y a que la nariz es pequeña. Las aberturas palpebrales están dirigidas hacia arriba y fuera, tienen hipertelorismo y presentan epicantus, que es un pliegue de la piel en los ángulos internos de los ojos.

Presenta múltiples malformaciones asociadas: cardíacas, ortopédicas, digestivas, renales, genitales y del SNC. Como enfermedades asociadas, tienen una incidencia mayor de epilepsia, neoplasias y enfermedad de Alzheimer de inicio precoz. Presentan, también, trastornos de la inmunidad con disminución en el número de células T y alteración de las inmunoglobulinas G y M, que condiciona un aumento en el número de infecciones, un mayor riesgo de leucemia, alta incidencia de úlceras aftosas, infecciones orales por *Candida* y gingivitis úlcero-necrótica aguda.(32)

a. Manifestaciones orales del Síndrome de Down

Los pacientes con síndrome de down tienen la boca pequeña y los labios gruesos, resultando que la lengua aparenta macroglosia. Existe hiposialia que favorece la sequedad de la lengua, mucosas y de labios, que se agrietan

con facilidad. El paladar es elevado y estrecho, pudiendo presentar fisuras.

En el recién nacido y el lactante se aprecia hipotonía muscular, que tiende a mejorar con la edad, y que afecta al equilibrio de las fuerzas musculares de labios y mejillas requeridas para el desarrollo orofacial normal, favoreciendo la presencia de mordida abierta. Adicionalmente, esta hipotonía causa una masticación deficiente y disminuye la autoclisis.

La erupción dental está retrasada y, a menudo, ocurre en un orden inusual al persistir dientes temporales junto a dientes permanentes, presentando temporalmente una doble fila de dientes en el sector anteroinferior. Los dientes son de menor tamaño, con raíz más pequeña y, con frecuencia, son dientes cónicos, taurodónticos, con molares de corona más pequeña y formas atípicas, con desgaste excesivo. También son frecuentes las agenesias, sobretodo de los incisivos laterales superiores, los dientes supernumerarios y las ectopias, sobre todo ectopia y transposición de los caninos superiores. Son frecuentes los apiñamientos dentales, ya que los maxilares son más pequeños. El índice de caries, tiende a ser bajo o similar al de la población general y esta circunstancia puede estar relacionada con la configuración anatómica de sus dientes, la microdoncia o el retraso en el tiempo de la erupción y al control estricto de la dieta rica en azúcares. Las maloclusiones se deben, sobre todo, a la protrusión lingual que genera mordida abierta anterior o a la falta de desarrollo del maxilar, que favorece la presencia de oclusión cruzada anterior, y mordida cruzada posterior uni o bilateral. Además de la protrusión lingual, son frecuentes

las parafunciones y el bruxismo. La destrucción periodontal es similar a la observada en la periodontitis juvenil, siendo los dientes más afectados los incisivos inferiores y los molares superiores. La enfermedad periodontal, que se observa en el 100% de los adultos con este síndrome tiene una alta incidencia desde el inicio hasta el final de la infancia y en la adolescencia, y es atribuible a la inmunidad alterada más que a una flora patológica propia.(32)

b. Tratamiento odontológico

Ha de acordarse de que, aproximadamente, el 40% padecen patología cardíaca y son más propensos a las infecciones, por lo que deberán adoptarse las medidas preventivas necesarias de acuerdo con los protocolos vigentes en cada momento sobre la prevención de la endocarditis bacteriana.

En cuanto a las principales enfermedades propias de los dientes, caries y enfermedad periodontal, la prevención y el tratamiento precoz serán las medidas de primera elección. Las prótesis y los aparatos ortodóncicos no suelen dar resultados esperados debido a factores concurrentes como falta de cooperación, enfermedad periodontal, hipotonicidad de la musculatura, lengua relativamente grande y dientes con raíces cortas, lo que supone un inconveniente para los movimientos ortodóncicos. Sin embargo, se ha descrito que el uso precoz de placas palatinas con intervención de la función oral motora consigue una menor incidencia de mordidas cruzadas, mordidas abiertas y una mejor expresión facial y del lenguaje.(32)

2.2.1.2 Retraso mental/ Discapacidad intelectual

Se ha cuestionado el uso del término “retraso mental”, por su connotación peyorativa, existiendo la tendencia creciente a utilizar el término de “discapacidad intelectual” (DI). La DI debe verse no como una enfermedad o una discapacidad en sí misma, sino como un agrupamiento de síndromes o metasíndrome. Incluye un grupo heterogéneo de condiciones clínicas que van desde genéticas a nutricionales, infecciosas, metabólicas o neurotóxicas.(34)

La DI se caracteriza por un déficit en la funcionalidad cognitiva en varias áreas, anterior a la adquisición de habilidades a través del aprendizaje. Destacan las áreas del conocimiento, del lenguaje, motriz, auditiva, psicosocial, del criterio y el sentido común y las funciones específicas integrativo-adaptativas, como las funciones del día a día. La intensidad del déficit es tal que interfiere de manera significativa con el funcionamiento normal del individuo, expresándose como limitación en las actividades y restricción en la participación. La DI hace referencia a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento habitual de la persona; es decir, una deficiencia mental origina una discapacidad intelectual que convierte a la persona en minusválido intelectual cuando lo comparamos al resto de la población.(34)

El cociente intelectual, coeficiente intelectual o coeficiente de inteligencia, abreviado CI, es un número que resulta de la realización de un test estandarizado para media las habilidades cognitivas de una persona o inteligencia, en relación con su grupo de edad.(3)

a. Etiología de la DI

La etiología, entre el 30 y el 50% de los casos, es desconocida. El estudio etiológico exige un protocolo diagnóstico minucioso que incluye una historia médica, historia familiar hasta la tercera generación, examen dismorfológico, examen neurológico, estudio genético con análisis cromosómicos y test genéticos para síndromes conocidos. Se estima que entre las causas que originan DI, un 30-40% es de causa genética, y entre el 15 y el 30% de causa ambiental, incluyendo la etapa perinatal.(35)

Dentro de las causas genéticas, la más frecuente es el síndrome de Down seguidos de otros síndromes menos frecuentes. Las enfermedades metabólicas, entre las que destaca la fenilcetonuria, se dan por la existencia de problemas de degradación o eliminación de algunas sustancias químicas del cuerpo. Las causas ambientales, ocurren en cualquier periodo y afectan de manera diversa al niño. Durante el embarazo las infecciones aumentan el riesgo de dar a luz un bebé con DI; durante el embarazo, también, el consumo de alcohol puede ser la causa del síndrome alcohólico fetal (SAF) y el consumo de otras drogas es, con mucha frecuencia, causa de afectación del cerebro del bebé. Otra posible causa de DI es la lesión del cerebro después del nacimiento a falta de oxígeno, a traumatismo físico o a desnutrición severa.(32)

b. Manifestaciones orales de las DI

Cuanto mayor es el grado de DI, mayores dificultades experimenta el paciente al masticar, mayor permanencia de los alimentos en la boca, mayores dificultades para tragar, mayor dificultad para mantener una higiene oral aceptable y , como consecuencia, los pacientes con afectación severa presentan una mayor proporción de caries, gingivitis y enfermedad periodontal. Estos pacientes, con frecuencia, presentan bruxismo, babeo y también pueden presentar conductas autolesivas. Las maloclusiones son constantes a consecuencias de las disfunciones orales y la alteración del tono muscular. Predominan las situaciones de mordida abierta, paladar ojival, comprensión maxilar, distoclusión, apiñamiento y fracturas dentales, ya que, con frecuencia, estos pacientes tienen caídas accidentales al fallarles el apoyo por la falta de reflejos.(36)

En pacientes institucionalizados, a los que se aplican pautas preventivas y control de dieta, se pueden observar bajos índices de caries.(32)

c. Tratamiento odontológico del niño con DI

En la primera visita, obtendremos una historia clínica lo más completa posible que nos permita conocer la patología base y las patologías asociadas que sufre nuestro paciente, de tal modo que antes de abordar cualquier tratamiento, tengamos una idea muy aproximada del nivel cognitivo del paciente, ya que de él dependerá el grado de colaboración y la manera en que podremos dirigirnos al paciente.

Asimismo, debemos conocer la historia farmacológica actual del paciente, para evitar reacciones adversas con las prescripciones farmacológicas que, en su caso, indicaremos. Es necesario, también, conocer el estado social y el tipo de rehabilitación que realiza el paciente para evaluar la posibilidad real de poder realizar el tratamiento que se propone.

Las estrategias a seguir respecto a la provisión de odontología preventiva deben instaurarse lo más precozmente posible dado que, la gingivitis y la enfermedad periodontal mejoran mucho cuando estos pacientes son sometidos a un programa preventivo. En caso de necesidad de tratamiento, éste debe ser minuciosamente planificado en función de las habilidades del paciente ya que, normalmente, los tratamientos ambulatorios con el paciente consciente deben ser cortos y sencillos.(35)

Los tratamientos necesarios de operatoria dental se llevarán a cabo tan pronto como sea posible pues, de este modo, ayudaremos a reducir las extracciones en un futuro. Así, es muy recomendable referir a estos niños, aunque sea a edades tempranas, para tratamientos dentales bajo sedación o anestesia general y poder complementar estos tratamientos con programas de prevención y seguimiento para tratar de evitar que estos tratamientos deban repetirse en el futuro. A tal efecto, es muy importante, también, la motivación de padres y cuidadores para que se involucren en el cuidado de estos pacientes, ya que una actitud positiva se refleja en el cumplimiento de las pautas de la dieta y de las normas de higiene.(32)

2.2.1.3 Autismo

El autismo es una condición de origen neurológico y de aparición temprana que puede estar asociada o no a otros síndromes. Las personas con autismo presentan como características, desviaciones en la velocidad y secuencia del desarrollo en la relación social, en el lenguaje y la comunicación, además de problemas sensoriales y cognitivos que ocasionan rutinas, estereotipias, resistencia al cambio e intereses restringidos, lo cual interfiere en su interacción con las otras personas y con el ambiente.(37)

El trastorno específico del lenguaje es de agnosia auditiva, o trastorno de comprensión y comunicación ni por la interacción social, tiene un déficit en la comunicación no verbal (mímica, gesticulación, mirada al interlocutor) y se acompaña de patrones de conducta repetitivos. Las variaciones observadas en los patrones de conducta y severidad de la enfermedad entre los pacientes con autismo han derivado en el uso del término “espectro autista” para describir este grupo de enfermedades. El autismo es un síndrome neuroconductual más frecuente que el síndrome de Down y que la diabetes juvenil. En la actualidad, se considera que la etiología depende de múltiples factores, tanto genéticos como no, con efectos devastadores en el neurodesarrollo y que hacen imperativo su diagnóstico precoz, por lo que los esfuerzos científicos durante los últimos años van encaminados a localizar los genes responsables.

Su prevalencia es de 1-2 por 1.000 en el autismo clásico y de 3 a 5 casos por 1.000 si se considera el espectro autista. Afecta más a hombres, con una proporción de 3-4:1, aunque cuando se da en niñas la DI es más severa.(32)

d. Manifestaciones clínicas

Existe un déficit intenso en la respuesta social que hace que durante los primeros años de vida se pueda detectar falta de contacto ocular, escaso juego simbólico y limitación de la atención, con evidente retraso o ausencia de la sonrisa social y nula interacción con quién proporciona los cuidados, en una clara falta de reciprocidad social o emocional. Tienen un desarrollo anormal del habla y una alteración de la comunicación, tanto verbal como no verbal, con lenguaje repetitivo, estereotipado o metafórico.

Otras peculiaridades de la conducta de estos pacientes son:

- Comportamiento ritualizado en el que se observa una adhesión inflexible a determinadas rutinas con movimientos corporales estereotipados de las manos o de todo el cuerpo.
- Poco o nulo interés por participar en algo.
- Suelen vivir aislados con un campo de atención reducido. Se muestran fascinados por un determinado movimiento, manifestando una preocupación persistente por ciertas partes de los objetos o por ciertos objetos.
- Suelen acompañarse de hiperactividad y presentan, también, respuestas extrañas a estímulos sensoriales del tipo reacción exagerada a la luz o los colores,

alto umbral del dolor o hipersensibilidad a los sonidos.

- Son impulsivos y, con cierta frecuencia, agresivos. Los cambios de rutina de estos niños podrían desencadenar conductas autolesivas.

Un 30% de los pacientes autistas pueden presentar manifestaciones epilépticas, que se hacen más frecuentes durante la adolescencia. El tono muscular reducido y la poca coordinación muscular pueden conducir al babeo constante, disminución de los reflejos de succión y masticación casi nula, por lo que prefieren alimentos blandos o papillas.(32)

e. Tratamiento odontológico

El niño autista, de por sí, no presenta una patología oral específica para su condición pero debido a los problemas graves de comunicación se hace casi imposible que coopere durante la visita al consultorio dental. El 70% de los pacientes autistas suele presentar conductas autolesivas que van desde pellizcarse o rascarse hasta mordidas severas y golpes en la cabeza, presentan áreas de alopecia por arrancarse el cabello. Algunos pacientes, debido a automutilaciones, presentan recesiones gingivales e incluso exposición radicular, habiéndose sugerido hiposensibilidad al dolor en estos pacientes. Qué duda cabe que, aunque tengan un índice de caries bajo, las medidas preventivas son las más importantes con estos pacientes y se debe recalcar la importancia del cepillado a sus tutores o cuidadores.(37)

En la consulta dental, el niño autista debe ser atendido tan pronto llegue y en un ambiente tranquilo, ya que suelen ponerse nerviosos en las salas de espera. Muestran falta de atención, se distraen fácilmente, son poco previsibles, tienen dificultad para seguir una orden verbal concreta y además, les molestan los ruidos de la consulta.

Al tratar a estos pacientes, son útiles las técnicas de conducta del tipo “triple E: explique, enseñe, ejecute” o de refuerzo positivo o negativo, según la conducta. Está prohibido el uso de la técnica “mano sobre boca”; el tratamiento debe ser rutinario y repetitivo procurando no introducir cambios ya que los cambios les asustan; la presencia de los padres puede ayudar al niño a sentirse más relajado en el ambiente odontológico.

Se recomienda la utilización de sistemas de comunicación visual para enseñar a estos niños porque las imágenes permanecen más tiempo que el mensaje verbal, creándose una atmósfera predecible y ordenada. Los soportes visuales se usan para aumentar la comprensión del vocabulario y de los eventos rutinarios; así, la pedagogía visual ayuda a mejorar la higiene oral de los niños autistas cuando se colocan imágenes de la técnica de cepillado correcta en los lavabos y se instruye a los padres como realizarla.

En los últimos años, se ha extendido el uso de agendas pictográficas en los contextos de aprendizaje de los niños autistas. Se trata de procedimientos que implican el registro gráfico o escrito de secuencias diarias de actividades y, frecuentemente, el resumen simple de sucesos relevantes en

el día. Este hecho facilita la anticipación y comprensión de las situaciones, incluso a autistas de nivel cognitivo relativamente bajo, con efectos positivos en la tranquilidad y el bienestar de los niños autistas.

Un programa efectivo que se usa en la enseñanza estructura a estos pacientes en el método TEACCH (abreviatura de Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) cuyo objetivo primario es preparar a las personas autistas para vivir y desenvolverse más efectivamente en todos los roles de su vida, reduciendo o removiendo los comportamientos autistas. El método TEACCH, basándose en elementos visuales (fotografías, miniaturas, pictogramas, palabras) y utilización de agendas, ofrece a las personas con autismo las guías que necesitan para saber qué es lo que van a hacer, cuándo, cómo, con quién y cuánto tiempo va a estar en esa actividad. Este método es de gran utilidad a la hora del abordaje conductual del paciente autista en la consulta odontológica donde, a través del uso de pictogramas, se puede explicar cada actividad que se realizará. Después de la realización de la historia clínica, el odontopediatra deja que el niño explore por sí mismo el lugar, dejando que vaya alejándose la inquietud por la situación de novedad y que el paciente se vaya tranquilizando al disminuir los niveles de ansiedad. Esta fase es ideal para observar las diferentes conductas del niño y poder elaborar las estrategias aplicables a cada paciente.(35)

Las claves visuales deben ser específicas y, además, deben representar, en diversos pasos, instrucciones cortas y

sencillas, porqué estos pacientes tienen a focalizarse en detalles y tienen dificultad para la abstracción.

Una vez organizada la actividad, debe llevarse a cabo con el apoyo de recompensas, según los apegos que presenta para ese momento, ya que estos pacientes presentan falta de motivación para lo que no les interesa. Todo este procedimiento se enfoca mediante el trabajo uno a uno (terapeuta-niño), planteado en la enseñanza estructurada, donde se van explicando las actividades que se realizan, para que el paciente vea y luego él mismo debe hacerlas.

Es importante hacer que el paciente mantenga contacto visual con el especialista, que esté atento y que esté comprendiendo lo que se le está diciendo. Además, estos pacientes tienen una baja tolerancia a la frustración por lo cual el odontopediatra debe estar preparado para las crisis y conductas de enfado y berrinche que puede desarrollar el niño durante la consulta debido a que alguna de las actividades no sea agradable para él.(32)

2.2.1.4 Parálisis Cerebral

La parálisis cerebral, es una de las enfermedades más comunes de discapacidad motora de la infancia, y se define como el trastorno del tono muscular y del movimiento con carácter persistente, secundario a una agresión del SNC ocurrido durante el periodo de desarrollo.

La etiología es multifactorial, y la lesión puede darse en los periodos pre, peri y postnatal, indistintamente.

La PC se suele asociar a una serie de patologías, tales como discapacidad intelectual, epilepsia, anomalías del habla, auditiva y visual; pero, lo que define el trastorno es la vulnerabilidad selectiva de los sistemas motores cerebrales. La prevalencia de la PC es de 2 cada 1.000 recién nacidos, principalmente debido a hemorragia intracerebral y leucomalacia periventricular, siendo alta en recién nacidos de bajo peso. Es la forma más frecuente de discapacidad crónica motora de inicio en la infancia y, en el 80% de casos, se identifican características que apuntan a factores prenatales como causa de la alteración del desarrollo cerebral.

Según el grado de afectación motriz la PC puede ser leve, moderada, grave y muy severa. En el caso leve, la marcha es estable y se observa una leve paresia; en el moderado, la marcha es posible con algún soporte, utilizando la mano como ayuda; en el grave, los pacientes no tienen ningún control postural.

Según la clínica, la PC puede clasificarse en espástica, discinética o distónica, atáxica, hipotónica y mixta.

La PC espástica es la más frecuente y, a su vez, puede diferenciarse en tetraplejía, diplejía y hemiplejía. La tetraplejía espástica es la forma más grave de PC por la intensa afectación motora de las cuatro extremidades. Las dificultades para deglutir son frecuentes, lo que suele provocar espasticidad de las extremidades inferiores y se asocia a recién nacidos prematuros; la PC discinética es la segunda en frecuencia.

Los pacientes con PC severa son pacientes con tetraparecia espástica o mixta grave, escasa autonomía postural, con dificultades tanto para mantenerse de pie como durante el reposo y la higiene. Estos pacientes no mastican adecuadamente y suelen tener trastornos de la deglución, con incoordinación y babeo constante siendo necesaria, en muchos de ellos, la administración de los alimentos mediante botón gástrico.(32)

a. Manifestaciones orales

Los pacientes con PC severa, especialmente en forma espástica presentan movimientos discinéticos que afectan a la lengua, labios y mejillas y, estos al habla, masticación y deglución, lo que favorece la permanencia de restos de comida en la boca. La dieta suele ser blanda, con poca fibra y rica en hidratos de carbono a lo que se añade la dificultad de una higiene oral satisfactoria, por lo que estos pacientes suelen presentar mayores índices de placa bacteriana, de gingivitis, de estreptococos mutans y, por si fuera poco, a esto se suele añadir la ingestión de medicamentos azucarados por periodos largos de tiempo, condicionando la presencia de un mayor índice de caries. Estas alteraciones se observan en menor medida en los pacientes institucionalizados, en los que se realiza un programa preventivo que incluye higiene oral y control de la dieta.(34)

Existe también, retraso eruptivo de los dientes permanentes, lo que supone una mayor permanencia de los dientes temporales hasta su completa exfoliación. Son constantes el

bruxismo en cerca del 70% de pacientes con PC, sobre todo en los espásticos, y el babeo debido sobre todo a la incompetencia labial. También se observan defectos a nivel del esmalte como consecuencia de la actividad parafuncional o por el reflujo gastroesofágico frecuente en estos pacientes.

Los pacientes con PC, presentan un índice elevado de maloclusiones predominando la distocclusión, las mordidas abiertas anteriores y las sobremordidas. El bajo porcentaje de apiñamiento se relaciona con las alteraciones neuromusculares del tipo respiración bucal, incompetencia labial, hábito de empujar la lengua hacia delante y babeo. La incidencia de traumatismos dentales es similar a la población normal aunque, por su condición, suelen recibir menos tratamiento.

Es importante tener en cuenta el tipo y grado de discapacidad de cada niño en particular, ya que repercute directamente sobre el estado de higiene oral y la capacidad de comunicarse y cooperar. Por ejemplo, se ha descrito que los pacientes con tetraparesia espástica tienen un reflejo de morder que dificulta la aplicación de medidas preventivas y terapéuticas.(32)

b. Tratamiento odontológico

Los niños con PC forman un grupo social con una gran necesidad de cuidados y tratamientos dentales y, muchas veces, estas necesidades y las molestias o los dolores que provocan pueden estar infravalorados por la poca o nula capacidad de los pacientes a la hora de expresarse. Los niños con PC tienen grandes problemas para comunicarse y la colaboración entre el dentista y el paciente, en muchas ocasiones, dependerá de esta comunicación. Para superar esta dificultad, se han sugerido aparatos de comunicación asistida que utilizarían el sistema de símbolos y los ordenadores adaptados como alternativa de lenguaje en estos pacientes, lo que facilitaría la participación del niño en la consulta. En cuanto al tratamiento dental, esta población recibe menos cantidad de atención odontológica que su pares sanos, tienen mayor cantidad de dientes ausentes, menos restauraciones y de menor calidad y, desgraciadamente, el cuidado dental para este grupo de pacientes empeora con los años.(34)

Los problemas más frecuentes que se dan en la consulta dental al tratar a estos pacientes son la distonía y los movimientos involuntarios, por lo que el manejo de conducta dependerá de casa caso. La evidencia recalca la importancia de programas preventivos para pacientes discapacitados desde edades tempranas ya que, a esas edades, requieren menor cooperación y presentan menores riesgos.

Una de las ayudas más importantes de que disponemos para mantener abierta la boca del paciente es un accesorio en forma de bloque de silicona, gracias al cual y tras el adiestramiento adecuado a padres y cuidadores, se puede realizar un cepillado dental correcto, por lo que se recomienda su uso para llevar a cabo la higiene dental diaria de estos pacientes. En la consulta, con el método descrito se pueden realizar higienes, sellados de fisuras, exodoncias de dientes monoradiculares y de molares temporales próximos a exfoliación.

Tanto los profesionales de la salud, odontólogos incluidos, como los familiares del paciente con PC, deben tomar conciencia de las medidas orales preventivas para lograr una mejora de las condiciones de las medidas orales del paciente y así, tratar de evitar que los tratamientos sean más extensos y agresivos.(32)

2.2.2 SALUD ORAL

La salud bucodental, fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.

La OMS ha definido la salud oral como “un estándar de los tejidos orales y relacionados que permite que un individuo coma, hable y

socialice sin enfermedad activa, incomodidad o vergüenza, lo cual contribuye al bienestar general”.(32)

2.2.2.1 Odontología Preventiva

Las enfermedades orales, en particular la caries dental y la enfermedad periodontal son comunes, y afectan tanto a niños como adultos. La mayor parte de los problemas de la salud oral se pueden prevenir.

La salud oral no depende sólo del comportamiento individual. Se pueden hacer muchas cosas para reducir las enfermedades orales, utilizando una variedad de métodos que incluyen iniciativas en comunidades, atención profesional y cuidados personales.

La prevención de enfermedades dentales ha sido identificada con claridad en *The Scientific Basis of Oral Health Education (SBOHE)* (Levine y Stillman-Lowe, 2004). Este documento ha sido redactado para aquellos que están involucrados en la provisión de la educación para la salud, y está sustentado con bases científicas.(38)

2.2.2.2 Prevención

La prevención puede definirse como la manera de evitar el inicio o progreso de una enfermedad, o como la restauración de la función perdida por la enfermedad.

La prevención puede dividirse de acuerdo con las etapas de la prevención de la enfermedad, y clasificarse:

a. Prevención Primaria

La prevención primaria protege a los individuos contra la enfermedad como las inmunizaciones, y previene el inicio de trastornos, como en la orientación nutricional y el control de placa dentro de la odontología. Está dirigida al mantenimiento de la salud individual y de la población y a la reducción del riesgo de enfermedad o lesión.

Esta etapa se encarga de buscar la implementación de programas, procedimientos o medidas para prevenir una enfermedad antes de que se presente. El control de placa y la dieta son métodos efectivos de prevención primaria tanto para la prevención de caries dental, como para las enfermedades periodontales.

Otros métodos de prevención primaria incluyen la aplicación de selladores de fisuras, fluoración del agua, exámenes dentales de rutina y radiografías de diagnóstico.(38)

b. Prevención Secundaria

La prevención secundaria intenta limitar la progresión y el efecto de una enfermedad en la oportunidad más temprana posible después del inicio. Se refiere al cese del proceso de la enfermedad y a la prevención de su actividad progresiva a etapas más avanzadas o recurrencia, con futuras intervenciones de prevención primaria y orientación. Por tanto, para detener la progresión de una enfermedad y su recurrencia, una vez que se ha reconocido un trastorno, es

necesario llevar a cabo las acciones para controlar y eliminar la diseminación adicional de dicha condición.

La remoción del tejido dental cariado y la restauración de la estructura y la función en una etapa temprana del proceso carioso, previene la pérdida dental o la necesidad de un tratamiento más extenso. Esta intervención puede ser en forma de restauraciones preventivas de resinas o con restauraciones más extensas.

Las medidas de prevención secundaria para diagnosticar y tratar enfermedades periodontales incluyen sondeo periodontal y radiografías de diagnóstico, remoción profesional de depósitos duros y blandos, y la aplicación local de agentes antimicrobianos.(38)

c. Prevención Terciaria

La prevención terciaria está relacionada con la delimitación de la extensión de una discapacidad, una vez que la enfermedad ha causado alguna limitación funcional. En esta etapa, el proceso de la enfermedad se habrá extendido hasta el punto que el estado de salud del paciente ha cambiado y ya no se normalizará. La prevención terciaria de la enfermedad se refiere a la rehabilitación de un individuo, y respecto a la enfermedad oral, al restablecimiento y mantenimiento de la integridad de la cavidad oral.

En el proceso de la caries dental, la prevención terciaria intenta no sólo restaurar los dientes cariados, sino que también debe incluir prevención primaria y secundaria para

prevenir futuros ataques de caries. Esto significa que además de una restauración, se deben dirigir las causas de las caries como parte de un programa de manejo clínico más efectivo.(38)

2.2.2.3 Prevención de la enfermedad periodontal

a. Control mecánico de la placa

Es importante para los profesionales dentales considerar la destreza manual, la motivación y las capacidades financieras del individuo, además de considerar las investigaciones que soporten las evidencias antes de recomendar cualquier producto dental.

El cepillado dental regular con pasta dental que contenga fluoruro es, sin discusión, el método más empleado para el cuidado dental en casa.

Sin embargo, en la sociedad multicultural en la que vivimos, no toda la gente utiliza cepillo dental y pasta de dientes.(38)

b. Cepillado dental

El primer cepillo dental producido en masa fue hecho por William Addis en Inglaterra, aproximadamente en 1780. El cepillo dental como se conoce hoy no fue inventado sino hasta 1938; antes los cepillos dentales estaban hechos con mangos de bambú y cerdas de pelo de jabalí. Las cerdas de

nailon, elaboradas a base de hilos de nailon, fueron introducidas por primera vez en 1938.(39)

Los objetivos del cepillado dental son obtener un estándar elevado de higiene oral por medio de la remoción mecánica de placa en los sitios accesibles y permitir la aplicación de fluoruro y otros agentes en la superficie dental. Se recomienda realizar el cepillado dental dos veces al día, en especial antes de acostarse, ya que desempeña una función clave en la prevención y el control de la caries dental y de la enfermedad periodontal.(40)

Las compañías al cuidado de la salud odontológica producen diseños innovadores en un esfuerzo por incrementar las ventas y tratar de lograr el cepillo dental más efectivo, tanto para el control de la placa, como para la salud periodontal.

El cepillo ideal debe tener(40):

- Una cabeza de tamaño lo suficientemente pequeño para cumplir con las necesidades del individuo al que se le recomienda. Es responsabilidad del dentista recomendar un cepillo que se ajuste mejor a las necesidades del individuo, tomando en cuenta el tamaño de la boca, la capacidad de tener acceso, la configuración muscular y la destreza.
- Las cerdas del cepillo dental deben estar agrupadas en múltiples penachos y tener una textura media o blanda, ya que se considera que causa menos daño a

los tejidos gingivales y reduce la erosión por cepillado dental en los márgenes cervicales de los dientes.

- El mango debe tener la longitud adecuada y el grosor apropiado para la edad y la destreza del individuo. Debe ser fácil de utilizar y tener un agarre firme y confortable.

Los pacientes necesitan que se les recuerde cambiar su cepillo dental con regularidad; esto es aproximadamente cada tres meses o cuando las cerdas estén abiertas, ya que entonces el cepillo dejará de ser efectivo en la eliminación de placa.(38)

c. Dentífrico o pasta dental

La pasta dental con fluoruro ha sido de uso general desde principios del decenio de 1970- 1979, y ha sido reconocida como el desarrollo más importante en la reducción de caries dental durante los últimos 30 años.

Las funciones de un dentífrico son:

- Ayudar a eliminar la placa y los pigmentos, y pulir los dientes.
- Prevenir y reducir la caries dental, aplicando fluoruro tópico en los dientes.
- Prevenir la gingivitis por medio de antimicrobianos.
- Lograr otros efectos, como desensibilización y blanqueamiento.

- Proporcionarle al paciente una sensación de bienestar con un sabor de boca agradable y aliento fresco.

Al recomendar pasta dental con fluoruro, los profesionales al cuidado de la salud oral deben considerar el riesgo de caries del individuo; esto debe tomar en cuenta la incidencia previa de caries, los hábitos nutricionales, el estatus socioeconómico y si el agua del suministro local se encuentra fluorada o no.(38)

2.2.2.4 Prevención de caries

a. Identificando al individuo “en riesgo”

La evaluación del riesgo de caries es importante para todos los pacientes, y el proceso debe repetirse en intervalos regulares a lo largo de toda la vida para que sea más efectivo, ya que las circunstancias y hábitos personales de un individuo pueden cambiar. Las personas pueden pasar de un grupo de riesgo bajo a uno de riesgo alto; la dieta, los medicamentos y la radioterapia pueden desempeñar una función para esto.(38)

b. Evaluando el intervalo entre citas de revisión

The Scientific Basis of Dental Health Education (Levine y Stillman- Lowe, 2004) establece que el periodo entre exámenes orales debe ser flexible y basarse en una evaluación profesional del riesgo de enfermedad oral.

El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2004) recomienda que el intervalo más corto entre las revisiones de salud oral para todos los pacientes debe ser menos de 3 meses.(38)

c. Selladores de fisuras

El uso de selladores de fosas y fisuras a base de resina es conocido por ser un método efectivo para prevenir caries. La morfología de las superficies oclusales de los molares los hacen más susceptibles a la caries dental, ya que favorecen el estancamiento y la maduración de la placa, y los selladores protegen estas superficies proporcionando una superficie lisa.(38)

2.2.2.5 Prevención para personas con necesidades especiales

Para algunos individuos, los consejos preventivos necesitan ajustarse de acuerdo con las necesidades especiales de cada uno. Estas personas pueden presentar una discapacidad, como dificultad de aprendizaje o una alteración física, lo cual podría afectar de manera significativa la forma en que se proporciona la atención oral y la capacidad de llevar a cabo su mantenimiento. Para las personas con discapacidades, los problemas de salud oral pueden ser mayores que para la población en general, y esto puede arriesgar aún más la salud general del paciente. Por otro lado, la gente con higiene oral deficiente puede tener menor resistencia a las infecciones orales.

En los primeros años, por lo general los niños no visitan al dentista hasta que un problema de salud comienza a producir síntomas de dolor o afecta su salud general. Debido a que estos niños tienen otras necesidades que pueden ser físicas, del desarrollo o emocionales, es comprensible que la salud oral no sea considerada como la mayor prioridad.

Durante los últimos 50 años ha habido numerosos cambios en la sociedad respecto al manejo y tratamiento de las personas con discapacidades, en particular una tendencia hacia la aceptación de estos individuos dentro de las comunidades, con muchos de ellos viviendo en casa y no en asilos o instituciones a largo plazo. Por tanto, muchos dependen de servicios dentales primarios para la provisión de atención a la salud oral, más que del tratamiento dentro de un ambiente hospitalario o institucional, por lo que los higienistas dentales deben estar capacitados para proporcionarles un manejo apropiado y efectivo.

Los cambios dentro de la sociedad han dado lugar a un cambio en la terminología utilizada para describir a estas personas. Recientemente, se ha vuelto más importante hacer énfasis en el individuo, y no en la discapacidad que presenta.

Estos individuos representan un reto para los profesionales al cuidado de sala salud oral, quienes pudieran sentir que su capacitación y su falta de experiencia no les proporcionaron las habilidades necesarias y el conocimiento para darles la atención oral apropiada. Además, el tratamiento de pacientes con necesidades especiales, con frecuencia requiere de mayor tiempo, lo cual pueden incluir entendimiento limitado,

movimientos incontrolados, falta de destreza, apertura bucal limitada, posición deficiente, movilidad limitada o poca tolerancia al tratamiento. Estos comportamientos pueden interferir con la provisión de prevención y tratamiento oral apropiadas. Por tanto, resulta primordial promover la prevención primaria para reducir el tratamiento dental invasivo, en particular si el individuo es incapaz de comunicar sus problemas. Invariablemente, es deseable tener un abordaje en quipo y, dependiendo de las necesidades del individuo, será benéfico involucrar a las personas al cuidado y a otros profesionales.

Algunos lineamientos importantes del cuidado preventivo de Nunn (2004) son los siguientes:

- Cuando existe pérdida de destreza, los cepillos dentales pueden adaptarse a las necesidades del individuo, agrandando los mangos o proporcionando agarres o correas adicionales, las cuales prevendrán que el cepillo se caiga. Extender la longitud del mango del cepillo dental puede ayudar a quienes tienen movimientos limitados en sus brazos. A menudo, los cepillos dentales eléctricos, que no seas muy pesados para sostener, pueden ofrecer un sustituto más efectivo.
- Varias condiciones causan xerostomía, los sustitutos artificiales de saliva, por ejemplo Glandosane., Saliveze, o estimulantes de la salivación (**sialogogos**) pueden ser de ayuda.

- El tener un abordaje de grupo con frecuencia benéfico, por ejemplo, puede ser con terapias ocupacionales que pueden asesorar en un punto determinado y como pueden adaptarse.
- Cuando el autocuidado no es posible y el paciente depende de cuidadores, las esponjas de espuma pueden ser de ayuda para mantener los tejidos blandos y para remover de las mucosas secas moco o costras del paladar, lenguas o dientes. Sin embargo, esto no puede considerarse tan efectivo para limpiar los dientes, por lo que debe usarse como un coadyuvante, al utilizar un cepillo dental de cabeza pequeña de textura blanda a regular.
- Se debe recomendar una pasta de dientes que no produzca mucha espuma si el individuo es incapaz de tolerarla o escupirla; sumergir el cepillo dental en un enjuague bucal con fluoruro y después cepillar los dientes se beneficiarán de los efectos preventivos del fluoruro.

El mantenimiento de la salud oral tiene beneficios específicos para aquellos individuos con necesidades especiales, ya que proporcionan una mejor calidad de vida, la capacidad de alimentarse y mantener un buen peso, además de generar una sensación de bienestar sin dolor o incomodidad oral.(38)

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES

OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

“El estado de salud bucodental de los alumnos con habilidades diferentes del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” está asociado al nivel de conocimiento de los padres y/o cuidadores sobre salud oral”

3.2 Operacionalización de las variables

Variable	Indicador	Categoría	Escala de medición
Nivel de conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Salud Oral • Elementos de Higiene oral • Hábitos de higiene oral • Patología oral • Técnica de higiene oral 	<ul style="list-style-type: none"> • Bueno (9 -12 aciertos) • Regular (5- 8 aciertos) • Malo (0– 4 aciertos) 	Ordinal
Habilidad Diferente	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico Médico 	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Down • Retardo Mental • Autismo • Otros 	Nominal
Estado de salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Caries • Placa bacteriana 	<ul style="list-style-type: none"> • CPO - D • CEO - d • Índice de Higiene Oral Simplificado 	Nominal
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Género 	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Nominal
Edad	<ul style="list-style-type: none"> • Años de Vida 	<ul style="list-style-type: none"> • 5-10 años • 11-15 años • 16-19 años 	Ordinal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño

La investigación fue de tipo observacional, ya que se observó el estado de salud bucodental de los alumnos pues no hubo modificación de las variables; correlacional, porque buscó determinar el nivel de conocimiento de padres y/o cuidadores asociado con el índice de caries e higiene oral de sus niños; prospectivo, ya que las mediciones son de primera fuente y fueron levantadas luego de la propuesta de investigación; transversal, debido a que se realizó una sola medición del evento estudiado.

4.2 Ámbito de estudio

El CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” pertenece a la ciudad de Tacna y está ubicado en el distrito de Gregorio Albarracín; es un colegio de educación básica especial y que tiene como fin ayudar a la población que padezca de algún tipo de discapacidad, mediante una currícula de educación inclusiva; cuenta con los niveles de inicial y de primer a sexto grado, en los cuales se encuentran diagnósticos tales como: síndrome de Down, retardo mental, autismo, entre otras; siendo ya un dato importante sobre la existencia de estos pacientes en la ciudad y que difícilmente puedan acceder a asistencia tanto médica y odontológica especializada en el tema, siendo principalmente el motivo socioeconómico de estas familias.

4.3 Población y muestra

La población del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno estuvo comprendida por 44 alumnos con habilidades diferentes ya estipuladas en su registro y sus respectivos padres y/o cuidadores; de acuerdo a los criterios de inclusión.

4.3.1 Criterios de inclusión

- Alumnos con las siguientes habilidades diferentes: Síndrome de Down, retardo mental, autismo y otros.
- Padres y/o cuidadores de niños con diagnóstico de las siguientes habilidades diferentes: Síndrome de Down, retardo mental, autismo y otros.
- Padres y/o cuidadores de niños con alguna habilidad diferente antes mencionada que acudan a las reuniones pactadas por el CEBE durante las fechas de ejecución del proyecto.
- Padres y/o cuidadores de niños con alguna habilidad diferente antes mencionada que firmen el consentimiento informado.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Alumnos que no estuvieron presentes los días de evaluación.
- Alumnos que no accedieron a la evaluación.
- Padres y/o cuidadores de niños con habilidades diferentes que no terminaron o dejaron inconcluso el cuestionario.

4.4 Instrumentos de recolección de datos

Se agrupó las fichas por habilidad diferente para facilitar su organización.

4.4.1 Nivel de conocimiento

Se realizó un cuestionario de 12 preguntas a los padres y/o cuidadores referidas a salud oral, disgregado en cuatro partes, de acuerdo a los objetivos de la investigación.

- Primera parte: elementos de higiene oral
- Segunda parte: hábitos de higiene oral
- Tercera parte: patología bucal relacionada con higiene oral
- Cuarta parte: técnica de higiene oral

En cada parte se realizaron 3 preguntas, las cuales tuvieron respuestas de tipo cerrada. La calificación fue:

- 0 – 4 preguntas acertadas: nivel de conocimiento bajo
- 5 – 8 preguntas acertadas: nivel de conocimiento regular
- 9 – 12 preguntas acertadas: nivel de conocimiento alto

El cuestionario fue tomado de la tesis de Cabellos D. Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú. (2006).

4.4.2 Estado de salud oral de los alumnos con habilidades diferentes

Para la evaluación de caries se registró de acuerdo a lo estipulado por el CPO-D y CEO-d, se procedió a la suma y división de los valores para obtener el promedio.

Tanto para el CPO-D y CEO-d grupal se tomó en cuenta la cuantificación dada por la OMS, la cual fue la siguiente:

- 0.0 a 1.1: muy bajo
- 1.2 a 2.6: bajo
- 2.7 a 4.4: moderado
- 4.5 a 6.5: alto

Para la evaluación de placa bacteriana se registró de acuerdo a lo estipulado por el índice de Higiene Oral Simplificado observando los 6 dientes elegidos y las unidades gingivales seleccionadas fueron: vestibular de 1.6, 1.1, 2.6 y 3.1 y lingual de 3.6 y 4.6, siendo la tabla utilizada de la siguiente manera para dentición permanente y decidua respectivamente:

0	=	0	PIEZAS DENTALES			
1	=	- 1/3	1.6		3.6	
2	=	1/3	1.1		3.1	
3	=	2/3	2.6		4.6	

0	=	0	PIEZAS DENTALES			
1	=	- 1/3	5.4		7.4	
2	=	1/3	5.1		7.1	
3	=	2/3	6.4		8.4	

Para la tabulación de los datos tanto individuales y grupales se utilizó las escalas de valoración con valores distintos entre estos 2 grupos.

Escala de valoración individual	Adecuado	0.0 - 0.6
	Aceptable	0.7 - 1.8
	Deficiente	1.9 - 3.0
Escala de valoración grupal	Adecuado	0.0 - 1.2
	Aceptable	1.3 - 3.0
	Deficiente	3.1 - 6.0

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

5.1 Procedimiento

La recolección de datos se realizó en el CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” del distrito de Gregorio Albarracín de Tacna, los padres y/o cuidadores antes de proceder con el cuestionario, leyeron y dieron pase a la investigación mediante el consentimiento informado (Anexo 1), seguidamente de esto respondieron al cuestionario de 12 preguntas (Anexo 2), las cuales cumplieron con nuestros criterios de inclusión.

Al igual que los padres y/ o cuidadores, a los alumnos se le evaluó mediante una ficha clínica (Anexo 3) que contiene un odontograma, una tabla para los índices CPO-D y CEO-d; para obtener datos sobre la prevalencia de caries en estos pacientes y el índice de Higiene Oral Simplificado para registrar la placa presente en boca; para obtener el estado de salud bucal.

Para facilitar el análisis independiente de cada padre y/o cuidador y su niño, se agrupa los anexos usados por alumno, con esto nos facilitará determinar la posible asociación del nivel de conocimiento por parte del padre y/o cuidador y el estado bucodental del niño; siendo estos los puntos importantes y motivos de la presente investigación.

Los datos fueron ingresados y analizados en una tabla electrónica (Microsoft Excel Windows 2007), a través de ésta se obtuvo los porcentajes de las variables y utilizando el test de Chi-cuadrado se evaluó la relación entre el nivel de conocimiento y el estado bucodental.

RESULTADOS

TABLA 1:

Distribución de frecuencia según edad y sexo de niños con habilidades diferentes del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” de Tacna. 2017

		sexo					
		Masculino		Femenino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Edad	5 a 10 años	13	48.1%	6	35.3%	19	43.2%
	11 a 15 años	11	40.7%	6	35.3%	17	38.6%
	16 a 19 años	3	11.1%	5	29.4%	8	18.2%
	Total	27	100.0%	17	100.0%	44	100.0%

Fuente: Cuestionario de conocimiento dirigido a padres y/o cuidadores. 2017.

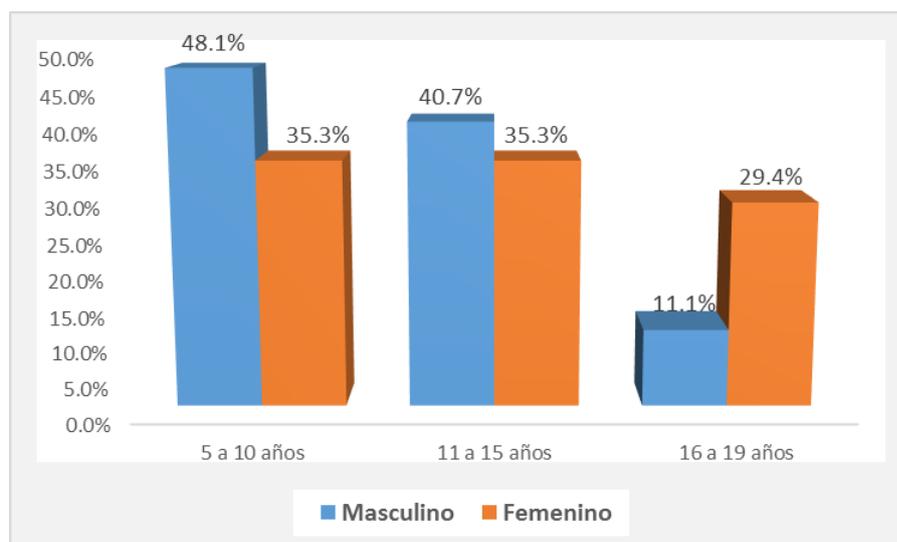


Gráfico 1: Edad según sexo de niños con habilidades diferentes.

En la tabla y gráfico 1 observamos que en el grupo de niños de sexo masculino, el 48.1% tenía entre 5 a 10 años seguido de un 40.7% entre 11 a 15 años. El grupo de niñas, el 35.3% tenía de 5 a 10 años y con el mismo porcentaje aquellas entre 11 a 15 años, un 29.4% de niñas tenía de 16 a 19 años, promoción mucho mayor que en el grupo de sexo masculino. En general la mayor proporción según edad eran niños entre 5 a 10 años (43.2%).

TABLA 2:

Distribución de frecuencia según edad y habilidad diferentes de los niños del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” de Tacna. 2017

		Habilidad Diferente							
		Síndrome Down		Retardo Mental		Otros		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Edad	5 a 10 años	12	50.0%	5	29.4%	2	66.7%	19	43.2%
	11 a 15 años	7	29.2%	10	58.8%	0	0.0%	17	38.6%
	16 a 19 años	5	20.8%	2	11.8%	1	33.3%	8	18.2%
	Total	24	100.0%	17	100.0%	3	100.0%	44	100.0%

Fuente: Cuestionario de conocimiento dirigido a padres y/o cuidadores. 2017.

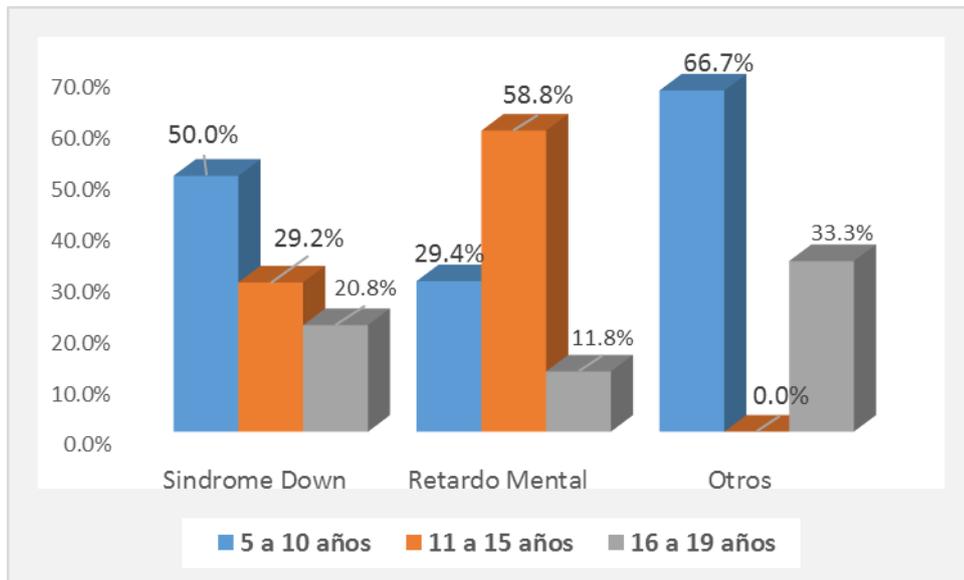


Gráfico 2: Habilidad diferente según la edad

En la tabla y gráfico 2 observamos que 24 niños tienen Síndrome de down, 17 retardo mental y 3 otras habilidades. Aquellos con Síndrome de down, el 50% tenía entre 5 a 10 años seguido de un 29.2% entre 11 a 15 años. En el grupo con retardo mental el 58.8% tenía entre 11 y 15 años seguido de un 29.4% entre 5 a 10 años.

TABLA 3:

Distribución de frecuencia de tipo de dentición de niños con habilidades diferentes del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” de Tacna. 2017

		n	%
Tipo de dentición	Permanente	25	56.8%
	Decidua	6	13.6%
	Mixta	13	29.5%
	Total	44	100.0%

Fuente: Evaluación bucal a niños con habilidades diferentes. 2017.

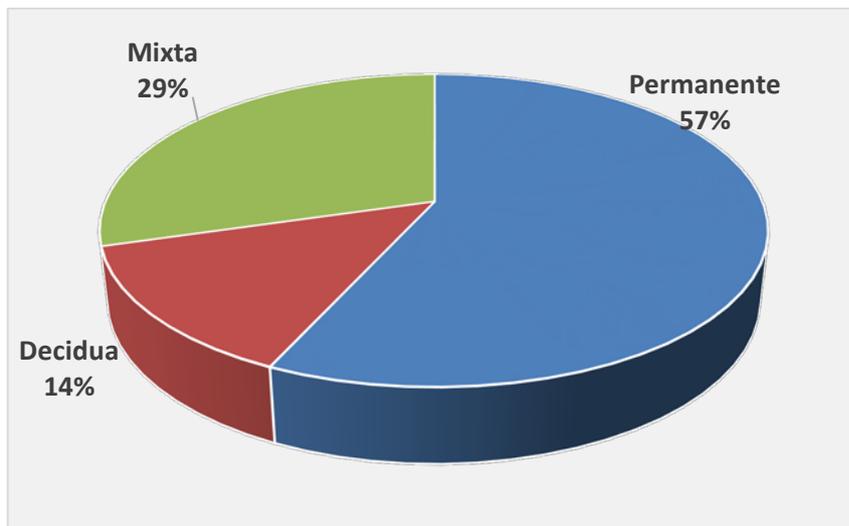


Gráfico 3: Tipo de dentición de niños con habilidades diferentes del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” de Tacna. 2017

Vemos en la tabla y gráfico 3 que a la evaluación clínica se observó que el 56.8% de los niños de la presente investigación tienen dentición permanente, seguido de un 29.5% con dentición mixta y un 13.6% con dentición decidua.

TABLA 4:

Distribución de frecuencia de higiene oral individual y grupal en niños con habilidades diferentes con dentición permanente del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” de Tacna. 2017

DENTICIÓN PERMANENTE		n	%
Higiene Oral Individual	Adecuado	2	8.0%
	Aceptable	9	36.0%
	Deficiente	14	56.0%
	Total	25	100.0%
Higiene Oral Grupal	Aceptable	25	100.0%

Fuente: Evaluación bucal a niños con habilidades diferentes. 2017.

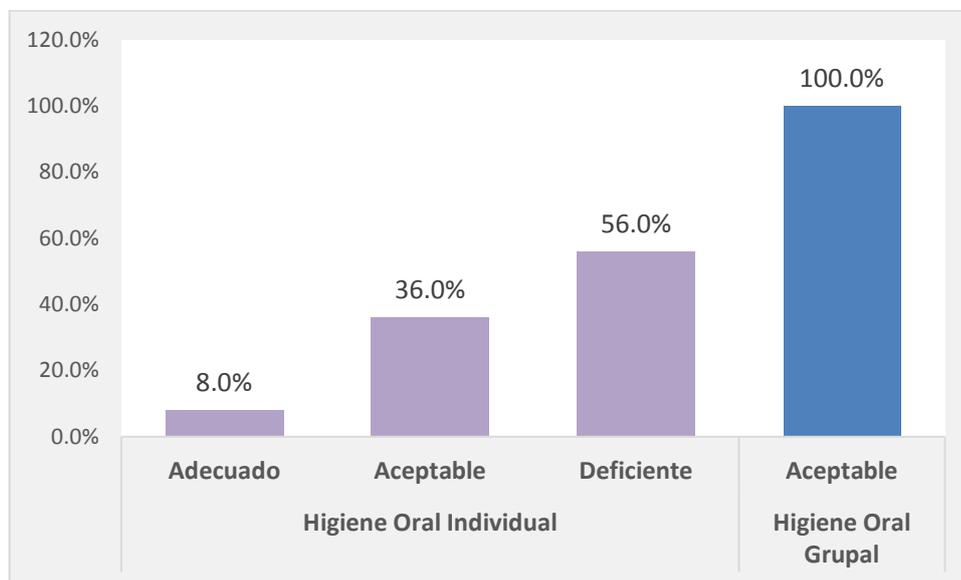


Gráfico 4: Higiene oral individual y grupal en niños con habilidades diferentes con dentición permanente

En tabla y gráfico 4 observamos que el 56% de los niños con dentición permanente tenía una higiene oral individual deficiente, seguido de un 36% como aceptable. El índice oral del grupo estuvo en el nivel de aceptable.

TABLA 5:

Distribución de frecuencia del índice CPO-D en niños con habilidades diferentes con dentición permanente del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” de Tacna. 2017

DENTICION PERMANENTE		n	%
Índice CPO-D Individual	3,0	1	4.0%
	4,0	7	28.0%
	5,0	1	4.0%
	7,0	3	12.0%
	8,0	1	4.0%
	9,0	3	12.0%
	10,0	1	4.0%
	12,0	6	24.0%
	13,0	1	4.0%
	14,0	1	4.0%
	Total	25	100.0%
ÍNDICE CPO-D Grupal	Alto (4,5 - 6,5)	25	100.0%

Fuente: Evaluación bucal a niños con habilidades diferentes. 2017.

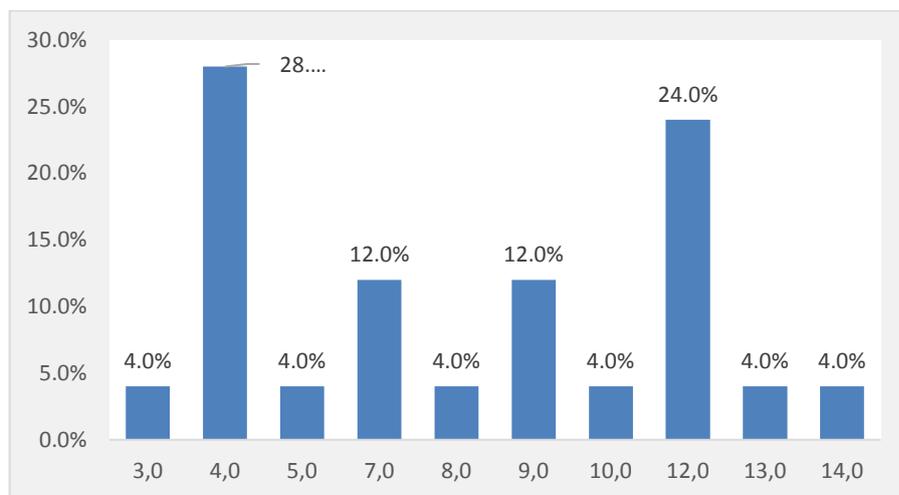


Gráfico 5: Índice CPO-D en niños con habilidades diferentes con dentición permanente

En la tabla y gráfico 5 se presentan las frecuencias porcentuales del índice de caries, así el 28% de los niños con dentición permanente tuvieron un índice CPO-D de 4 seguido de un 24% con un nivel de 12. El 12% de los niños tuvieron un nivel de 7 y en proporción similar un grupo tuvo hasta 9. El índice grupal fue considerado como alto.

TABLA 6:

Distribución de frecuencia de higiene oral individual y grupal en niños con habilidades diferentes con dentición decidua del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” de Tacna. 2017

DENTICIÓN DECIDUA		n	%
Higiene Oral Individual	Adecuado	0	0.0%
	Aceptable	0	0.0%
	Deficiente	6	100.0%
	Total	6	100.0%
Higiene Oral Grupal	Aceptable	6	100.0%

Fuente: Evaluación bucal a niños con habilidades diferentes. 2017.

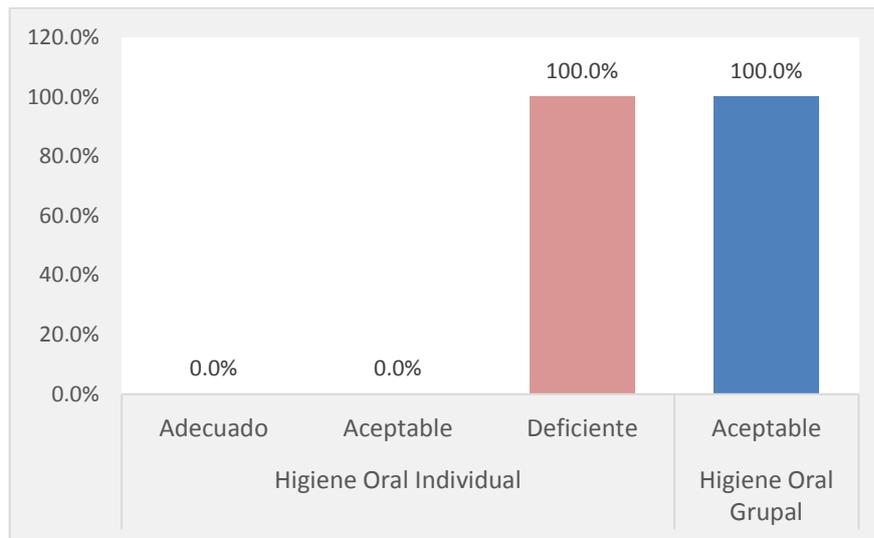


Gráfico 6: Higiene oral individual y grupal en niños con habilidades diferentes con dentición decidua

En la tabla y gráfico 6. El total de niños con dentición decidua tuvieron una higiene oral individual considerada deficiente. El índice de higiene oral grupal estuvo en un nivel aceptable

TABLA 7:

Distribución de frecuencia del índice CEO-d en niños con habilidades diferentes con dentición decidua del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” de Tacna. 2017

DENTICIÓN DECIDUA		n	%
Índice CEO-d Individual	4,0	1	16.7%
	6,0	1	16.7%
	8,0	1	16.7%
	11,0	1	16.7%
	12,0	2	33.3%
	Total	6	100.0%
INDICE CEO-d Grupal	Alto (4,5 - 6,5)	6	100.0%

Fuente: Evaluación bucal a niños con habilidades diferentes. 2017.

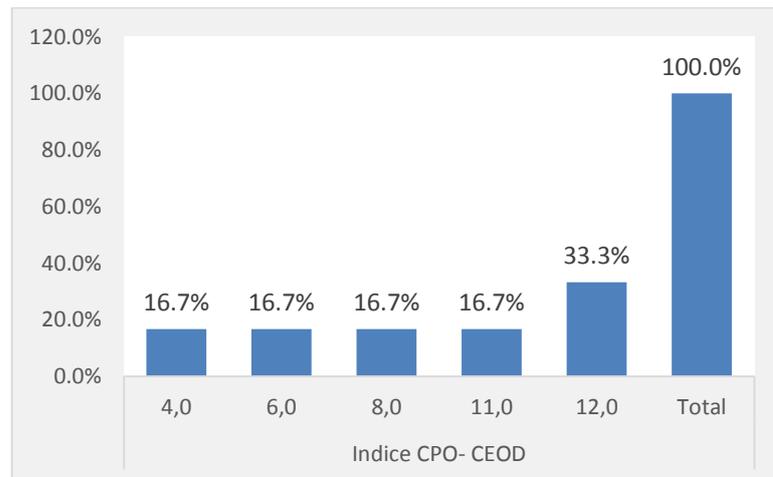


Gráfico 7: Índice CEO-d en niños con habilidades diferentes con dentición decidua

En la tabla y gráfico 7 se observa que el 33.3% de los niños con dentición decidua tiene un índice de caries de 12, seguido del resto del grupo con distribución proporcional del 16.7% y valores de índice de caries de 11, 8, 6 y 4 respectivamente. El índice grupal estuvo en el nivel de alto.

TABLA 8:

Distribución de frecuencia higiene oral individual y grupal en niños con habilidades diferentes con dentición mixta del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” de Tacna. 2016

DENTICIÓN MIXTA		n	%
Higiene Oral Individual	Adecuado	0	0.0%
	Aceptable	4	30.8%
	Deficiente	9	69.2%
	Total	13	100.0%
Higiene Oral Grupal	Aceptable	13	100.0%

Fuente: Evaluación bucal a niños con habilidades diferentes. 2017.

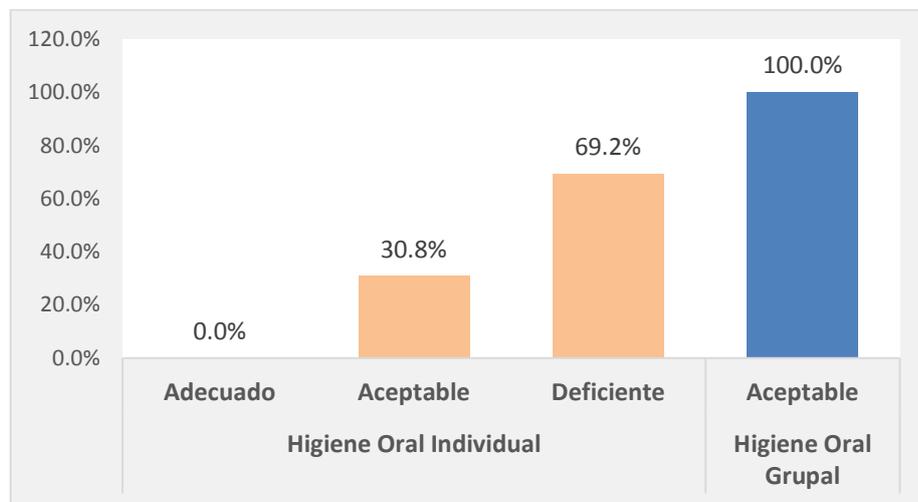


Gráfico 8: Higiene oral individual y grupal en niños con habilidades diferentes con dentición mixta

En la tabla y gráfico 8 observamos que el 69.2% tiene un nivel de higiene oral individual considerado como deficiente seguido de un 30.8% de aceptable. El índice oral grupal fue de un nivel aceptable.

TABLA 9:

Distribución de frecuencia del índice CPO-D y CEO-d en niños con habilidades diferentes con dentición mixta del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” de Tacna. 2017.

DENTICIÓN MIXTA			n	%
DENTICIÓN PERMANENTE	Índice CPO-D Individual	0,0	4	30.8%
		1,0	3	23.1%
		2,0	1	7.7%
		3,0	2	15.4%
		5,0	1	7.7%
		7,0	1	7.7%
		8,0	1	7.7%
		Total	13	100.0%
	INDICE CPO-D Grupal	Bajo (1,2 - 2,6)	13	100.0%
DENTICIÓN DECIDUA	Índice CEO-d	1,0	1	7.7%
		4,0	1	7.7%
		6,0	1	7.7%
		7,0	2	15.4%
		8,0	5	38.5%
		9,0	2	15.4%
		10,0	1	7.7%
		Total	13	100.0%
	INDICE CEO-d Grupal	Alto (4,5 - 6,5)	13	100.0%

Fuente: Evaluación bucal a niños con habilidades diferentes. 2017.

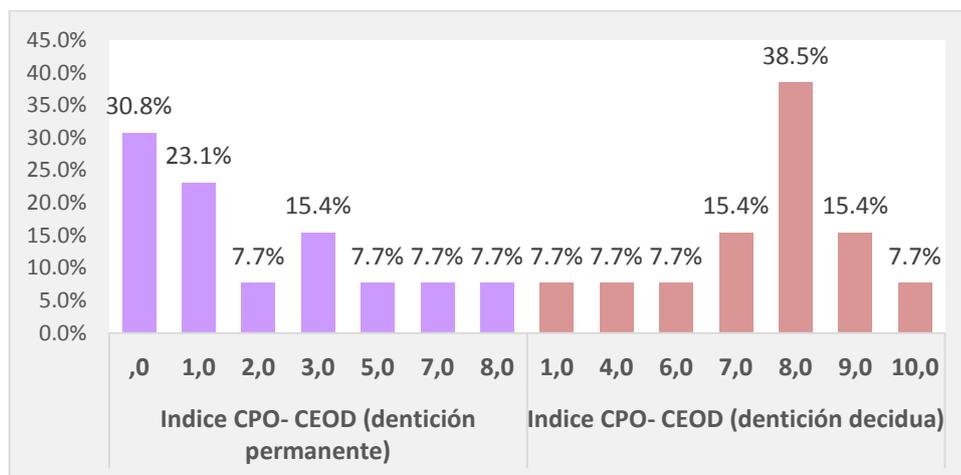


Gráfico 9: Índice CPO-D y CEO-d en niños con habilidades diferentes con dentición mixta

En la tabla y gráfico 9, se observa la distribución de frecuencia de la dentición mixta según el índice de caries. En el grupo de dientes permanentes el 30.8% de los niños tenían un índice de caries sano, seguido de un 23.1% con un índice de 1 y un 15.4% con un índice de 3. El índice grupal la dentición permanente fue considerado como bajo.

En el grupo de dientes deciduos el 38.5% tenía un índice de caries de 8, seguido de un 15.4% como índice de 9 y en proporción similar con un índice de 7. El índice grupal o sea considerado en un nivel alto.

TABLA 10:

Distribución de frecuencia del nivel de conocimiento sobre higiene oral en padres y/o cuidadores de niños con habilidades diferentes del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” de Tacna. 2017

		n	%
Nivel de conocimiento de padres y/o cuidadores sobre higiene oral	Malo	5	11.4%
	Regular	28	63.6%
	Bueno	11	25.0%
	Total	44	100.0%

Fuente: Cuestionario de conocimiento dirigido a padres y/o cuidadores. 2017.

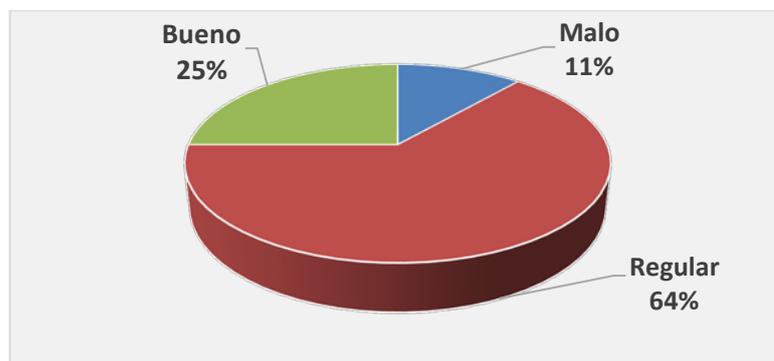


Gráfico 10: Nivel de conocimiento sobre higiene oral en padres y/o cuidadores de niños con habilidades diferentes

Vemos en la tabla y gráfico 10 el nivel de conocimiento sobre higiene oral en padres y/o cuidadores de niños con habilidades diferentes. Podemos observar que el 63.6% de los padres y/o cuidadores tienen un nivel de conocimiento sobre higiene oral considerado regular, seguido de un 25% como bueno y sólo un 11.4% considerado como malo.

TABLA 11:

Distribución de frecuencia de los ítems considerados en el test de conocimiento de los padres y/o cuidadores de niños con habilidades diferentes del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” de Tacna. 2017

Ítems de conocimiento de padres y/o cuidadores sobre higiene oral		n	%
¿Cuáles considera usted son elementos de higiene bucal?	No sabe	10	22.7%
	Sabe	34	77.3%
	Total	44	100.0%
¿Cada cuánto tiempo debería cambiar su cepillo dental?	No sabe	11	25.0%
	Sabe	33	75.0%
	Total	44	100.0%
El diente es:	No sabe	34	77.3%
	Sabe	10	22.7%
	Total	44	100.0%
Principalmente ¿cuándo usted cree que debe cepillarse los dientes?	No sabe	6	13.6%
	Sabe	38	86.4%
	Total	44	100.0%
¿Cuándo debería llevar a su hijo por primera vez al dentista?	No sabe	19	43.2%
	Sabe	25	56.8%
	Total	44	100.0%
¿Cuánto tiempo usted demora en cepillarse los dientes?	No sabe	30	68.2%
	Sabe	14	31.8%
	Total	44	100.0%
La placa bacteriana es:	No sabe	24	54.5%
	Sabe	20	45.5%
	Total	44	100.0%
La gingivitis es:	No sabe	11	25.0%
	Sabe	33	75.0%
	Total	44	100.0%
¿Qué es la caries?	No sabe	35	79.5%
	Sabe	9	20.5%
	Total	44	100.0%
¿Qué características debe tener un cepillo dental?	No sabe	22	50.0%
	Sabe	22	50.0%
	Total	44	100.0%
¿Cuántas veces se cepilla al día?	No sabe	14	31.8%
	Sabe	30	68.2%
	Total	44	100.0%
¿Ha recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado?	No sabe	10	22.7%
	Sabe	34	77.3%
	Total	44	100.0%

Fuente: Cuestionario de conocimiento dirigido a padres y/o cuidadores. 2017.

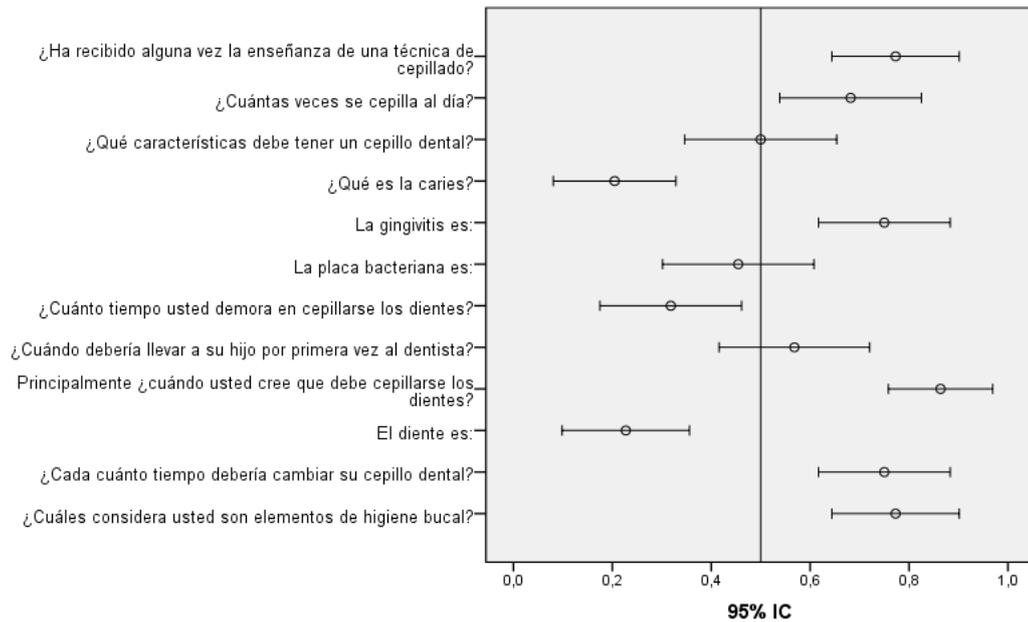


Gráfico 11: Test de conocimiento de los padres y/o cuidadores de niños con habilidades diferentes

Los ítems mayormente comprometidos fueron el concepto de diente dónde él 77.3% no conocía la real condición de ésta pieza. El 79.5% no sabía lo que era la caries dental, el 68.2% no tenía claro el tiempo que se debe demorar en cepillarse los dientes y el 54.5% no conocía el concepto de placa bacteriana y un 43.2% no sabía en realidad cuando debía llevar a su hijo por primera vez al dentista.

El gráfico 11 muestra que lo que mejor conocen los padres el tiempo o cuando debe cepillarse, los considera que son elementos de la higiene bucal y cada cuanto tiempo cambiar de cepillo y lo que peor perciben es acerca del concepto de diente, seguido de que es la caries y canto tiempo debe demorar el cepillado.

TABLA 12:

Distribución de frecuencia del nivel de conocimientos sobre higiene oral de los padres y/o cuidadores según edad, sexo, habilidad y tipo de dentición de los niños con habilidades diferentes del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” de Tacna. 2017

		Nivel de conocimiento de padres y/o cuidadores sobre higiene oral							
		Malo		Regular		Bueno		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Edad (p: 0.358)	5 a 10 años	2	10.5%	13	68.4%	4	21.1%	19	100.0%
	11 a 15 años	3	17.6%	8	47.1%	6	35.3%	17	100.0%
	16 a 19 años	0	0.0%	7	87.5%	1	12.5%	8	100.0%
	Total	5	11.4%	28	63.6%	11	25.0%	44	100.0%
Sexo (p: 0.211)	Masculino	2	7.4%	16	59.3%	9	33.3%	27	100.0%
	Femenino	3	17.6%	12	70.6%	2	11.8%	17	100.0%
	Total	5	11.4%	28	63.6%	11	25.0%	44	100.0%
Habilidad (p: 0.975)	Síndrome Down	3	12.5%	15	62.5%	6	25.0%	24	100.0%
	Retardo Mental	2	11.8%	11	64.7%	4	23.5%	17	100.0%
	Otros	0	0.0%	2	66.7%	1	33.3%	3	100.0%
	Total	5	11.4%	28	63.6%	11	25.0%	44	100.0%
Tipo de dentición (p: 0.775)	Permanente	3	12.0%	16	64.0%	6	24.0%	25	100.0%
	Decidua	0	0.0%	5	83.3%	1	16.7%	6	100.0%
	Mixta	2	15.4%	7	53.8%	4	30.8%	13	100.0%
	Total	5	11.4%	28	63.6%	11	25.0%	44	100.0%

Fuente: Cuestionario de conocimiento dirigido a padres y/o cuidadores y evaluación bucal a niños especiales. 2017

No existe diferencia significativa entre el nivel de conocimiento en general que tienen los padres y/o cuidadores y las variables descritas. Podemos afirmar que el nivel de conocimiento no está influenciado por las condiciones de edad, sexo, habilidad y tipo de dentición del niño.

En todos los casos el nivel de conocimiento no genera una actitud diferente frente a las condiciones descritas del niño. Sin embargo podemos observar algunas tendencias proporcionales. Según la edad, del total de niños de 16 a 19 años el 87.5% de los padres y/o cuidadores tienen un nivel de conocimiento regular, seguido de un 12.5% como bueno; en cambio en aquellos niños de 11 a 15 años 7.6% de los padres y/o cuidadores tienen un nivel de conocimiento malo y en el grupo de 5 a 10 años el 10 punto 5% también tenía este mismo nivel de conocimientos. Podemos observar que a menor edad el niño las probabilidades de desconocimiento de los padres y/o cuidadores son mayores.

No existe una diferencia según sexo del niño pero podemos observar que en el grupo de sexo femenino el 17.6% de los padres y/o cuidadores tienen un nivel de conocimiento malo en contraposición a un 7.4% con hijos de sexo masculino.

Según habilidades la mayor preocupación de padres y/ o cuidadores con nivel de conocimientos malo fue en aquellos con hijos con síndrome Down (12.5%). es indistinta la distribución porcentual del nivel de conocimiento sobre habilidad diferente y el tipo de dentición de los niños.

TABLA 13:

Distribución de frecuencia según higiene oral individual y nivel de conocimientos en padres y/o cuidadores de niños con habilidades diferentes del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” de Tacna. 2017

		Nivel de conocimiento de padres y/o cuidadores sobre higiene oral							
		Malo		Regular		Bueno		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Higiene Oral Individual (p: 0,713)	Adecuado	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%	2	100.0%
	Aceptable	1	7.7%	10	76.9%	2	15.4%	13	100.0%
	Deficiente	4	13.8%	17	58.6%	8	27.6%	29	100.0%
	Total	5	11.4%	28	63.6%	11	25.0%	44	100.0%

Fuente: Cuestionario de conocimiento dirigido a padres y/o cuidadores y evaluación bucal a niños especiales. 2017

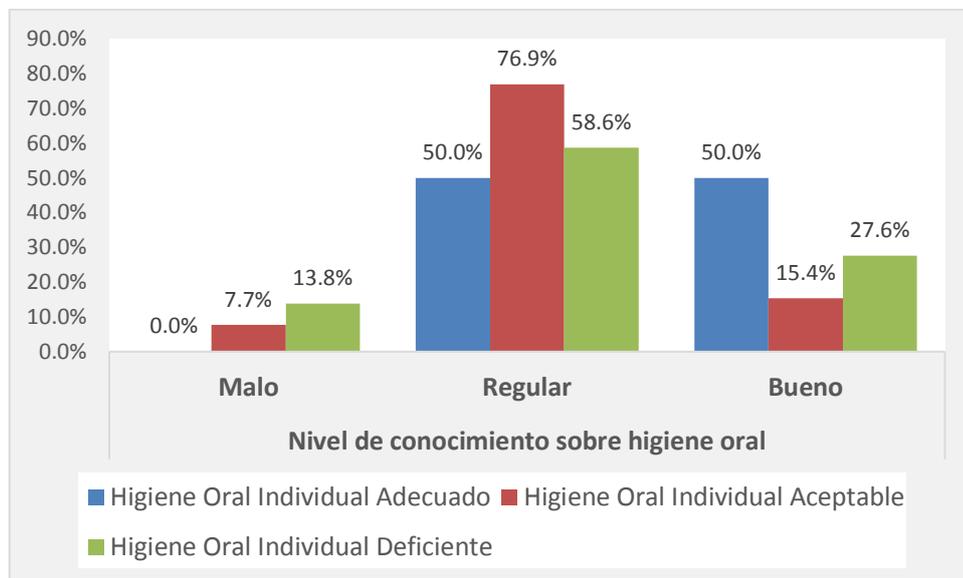


Grafico 12. Higiene oral individual de los niños con habilidades diferentes según el nivel de conocimientos en padres y/o cuidadores

No existe diferencia significativa entre el nivel de conocimientos sobre higiene oral en los padres y/o cuidadores y el índice de higiene oral individual en sus menores hijos.

En el grupo con higiene oral deficiente el 13.8% de los padres y/o cuidadores tienen un nivel de conocimiento malo. En aquellos con higiene oral aceptable el 7.7% tenía un nivel de conocimientos también malo. Ningún padre y/o cuidadores de niños índice de higiene oral individual adecuado tuvo un nivel de conocimientos malo.

TABLA 14:

Relación del índice de caries en niños con dentición permanente según nivel de conocimiento de los padres y/o cuidadores de niños con habilidades diferentes del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” de Tacna. 2017

DENTICIÓN PERMANENTE		Nivel de conocimiento de padres y/o cuidadores sobre higiene oral							
		Malo		Regular		Bueno		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Índice CPO-D (p: 0,547)	3,0	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%
	4,0	2	28.6%	4	57.1%	1	14.3%	7	100.0%
	5,0	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%
	7,0	1	33.3%	2	66.7%	0	0.0%	3	100.0%
	8,0	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
	9,0	0	0.0%	2	66.7%	1	33.3%	3	100.0%
	10,0	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
	12,0	0	0.0%	5	83.3%	1	16.7%	6	100.0%
	13,0	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%
	14,0	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
	Total	3	12.0%	16	64.0%	6	24.0%	25	100.0%

Fuente: Cuestionario de conocimiento dirigido a padres y/o cuidadores y evaluación bucal a niños especiales. 2017

Podemos observar que a pesar que los padres y/o cuidadores tienen un nivel de conocimiento de regular a bueno, la mayor proporción de ellos tienen niños con índice de caries por encima de 4.

TABLA 15:

Relación del índice de caries en niños con dentición decidua según nivel de conocimiento de los padres y/o cuidadores de niños con habilidades diferentes del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” de Tacna. 2017

DENTICION DECIDUA		Nivel de conocimiento de padres y/o cuidadores sobre higiene oral					
		Regular		Bueno		Total	
		n	n	n	%	n	%
Índice CEO-d (p: 0,199)	4,0	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
	6,0	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%
	8,0	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
	11,0	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
	12,0	2	100.0%	0	0.0%	2	100.0%
	Total	5	83.3%	1	16.7%	6	100.0%

Fuente: Cuestionario de conocimiento dirigido a padres y/o cuidadores y evaluación bucal a niños especiales. 2017

En la tabla 15 podemos observar que el 83.3% tuvo un conocimiento regular y no hubo diferencias según índice de caries. Las proporciones fueron similares en todos los niveles del conocimiento.

TABLA 16:

Distribución de frecuencia de dentición mixta según nivel de conocimientos de padres y/o cuidadores de niños con habilidades diferentes del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” de Tacna. 2017

DENTICION MIXTA		Nivel de conocimiento de padres y/o cuidadores sobre higiene oral							
		Malo		Regular		Bueno		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Índice CPO-D (p: 0,695)	0,0	1	25.0%	2	50.0%	1	25.0%	4	100.0%
	1,0	1	33.3%	1	33.3%	1	33.3%	3	100.0%
	2,0	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
	3,0	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%
	5,0	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
	7,0	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
	8,0	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
	Total	2	15.4%	7	53.8%	4	30.8%	13	100.0%
Índice CEO-d (p: 0,545)	1,0	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
	4,0	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
	6,0	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
	7,0	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	2	100.0%
	8,0	0	0.0%	2	40.0%	3	60.0%	5	100.0%
	9,0	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	2	100.0%
	10,0	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
	Total	2	15.4%	7	53.8%	4	30.8%	13	100.0%

Fuente: Cuestionario de conocimiento dirigido a padres y/o cuidadores y evaluación bucal a niños especiales. 2017

No hubo una asociación entre el índice de caries y el nivel de conocimientos de los padres y/o cuidadores en general. Tanto en el grupo de dientes permanentes y deciduos la distribución del nivel de conocimientos o indistinta. Podemos observar que el nivel del conocimiento de los padres y/o cuidadores no influye en el estado de salud oral de los niños.

TABLA 17:

**Índice de higiene oral según habilidad diferente de los niños del CEBE
“Beata Ana Rosa Gattorno” de Tacna. 2017**

		Habilidad							
		Síndrome Down		Retardo mental		Otros		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Higiene Oral Individual (p:0.745)	Adecuado	1	4.2%	1	5.9%	0	0.0%	2	4.5%
	Aceptable	7	29.2%	6	35.3%	0	0.0%	13	29.5%
	Deficiente	16	66.7%	10	58.8%	3	100.0%	29	65.9%
	Total	24	100.0%	17	100.0%	3	100.0%	44	100.0%
Higiene Oral Grupal	Adecuado	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Aceptable	24	100.0%	17	100.0%	3	100.0%	44	100.0%
	Deficiente	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Total	24	100.0%	17	100.0%	3	100.0%	44	100.0%

Fuente: Evaluación bucal a niños especiales. 2017

En la tabla 17 se observa el índice de higiene oral individual y grupal según la habilidad diferente de los niños del CEBE Rosa Gattorno. Donde se observa que del total de niños con síndrome de down el 66.7% muestra un índice de higiene individual deficiente, seguido del 29.2% con higiene aceptable solo el 4.2% se muestra adecuado. En tanto que los niños con retardo mental el 58.8% el índice de higiene es deficiente y el 35.3% aceptable. El índice grupal muestra un grado aceptable en el 100% de la población.

TABLA 18:

Índice de caries según habilidad diferente y tipo de dentición de los niños con habilidades diferentes del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” de Tacna. 2017

INDICE DE CARIES		Habilidad							
		Síndrome Down		Retardo mental		Otros		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Dentición permanente	Muy bajo (0,0 - 1,1)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Bajo (1,2 - 2,6)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Moderado (2,7 - 4,4)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Alto (4,5 - 6,5)	12	100.0%	12	100.0%	1	100.0%	25	100.0%
	Total	12	100.0%	12	100.0%	1	100.0%	25	100.0%
Dentición decidua (p: 0.05)	Muy bajo (0,0 - 1,1)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Bajo (1,2 - 2,6)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Moderado (2,7 - 4,4)	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	16.7%
	Alto (4,5 - 6,5)	3	100.0%	2	100.0%	0	0.0%	5	83.3%
	Total	3	100.0%	2	100.0%	1	100.0%	6	100.0%
Dentición mixta	Muy bajo (0,0 - 1,1)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Bajo (1,2 - 2,6)	9	100.0%	3	100.0%	1	100.0%	13	100.0%
	Moderado (2,7 - 4,4)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Alto (4,5 - 6,5)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Total	9	100.0%	3	100.0%	1	100.0%	13	100.0%

Fuente: Evaluación bucal a niños especiales. 2017

En la tabla 18, en el grupo con dentición permanente el 100% mostró un índice de caries alto. Aquellos con dentición decidua con síndrome de down mostraron un índice de caries alto, lo mismo que los niños con retardo mental. Mientras que en la dentición mixta se observa niveles bajos en los tres grupos (síndrome de down, retardo mental y otros).

Discusión

Al ser los alumnos con habilidades diferentes el motivo de esta investigación y sabiendo que son los más susceptibles a padecer mayores enfermedades bucales, podemos decir que los padres de familia y los cuidadores son una pieza clave tanto en la educación como en el cuidado de ellos; ya que muchos de estos dependen constantemente de alguien más para poder desenvolverse en el día a día y entre estas actividades poder realizar su higiene oral de manera adecuada; en la encuestas realizadas a los padres y/o cuidadores se refleja un conocimiento de regular a bueno, el cual no tiene el impacto deseado en la salud bucodental de sus niños.

La investigación tuvo como propósito determinar si existe una asociación entre el estado de salud bucodental de los niños con habilidades diferentes del CEBE “Ana Rosa Gattorno” de Tacna al año 2017 y el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres y/o cuidadores, obteniendo los siguientes resultados.

Se determinó el nivel de conocimiento de padres y/o cuidadores, sobre quienes podemos observar que el 63.6% de los padres y/o cuidadores tienen un nivel de conocimiento sobre higiene oral considerado regular, seguido de un 25% como bueno y sólo un 11.4% considerado como malo; de esta manera nuestros hallazgos tienen relación con la investigación de **Cabellos D.**(21) quien buscó la relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú, halló un nivel de conocimiento también regular con un 68.9%.

En cuanto a los resultado de nivel de conocimiento sobre higiene oral de padres y/o cuidadores según edad y habilidad se obtuvo los siguientes porcentajes, según la edad, del total de niños de 16 a 19 años el 87.5% de los padres y/o cuidadores tienen un nivel de conocimiento regular, seguido de un 12.5% como bueno; en cambio en aquellos niños de 11 a 15 años 7.6% de los padres y/o cuidadores

tienen un nivel de conocimiento malo y en el grupo de 5 a 10 años el 10 punto 5% también tenía este mismo nivel de conocimientos. Podemos observar que a menor edad el niño las probabilidades de desconocimiento de los padres y/o cuidadores son mayores. De igual manera en cuanto a nivel de conocimiento coincidimos con **Mina Bedoya**. (20) evaluó el estado de salud bucodental de niños con discapacidad del Instituto de Educación Especial del Norte (IEEN) y su asociación con el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral. Quito, Ecuador, dando resultados de un nivel regular de conocimiento sobre salud oral en los padres, concluyendo que a mayor conocimiento de los padres de niños con discapacidad, menor es el Índice de Higiene Oral Simplificado, por el contrario en nuestra investigación podemos afirmar que el nivel de conocimiento no está influenciado por las condiciones de edad y habilidad.

Así mismo en nuestro estudio encontramos que no existe diferencia significativa entre el nivel de conocimientos sobre higiene oral en los padres y/o cuidadores y el índice de higiene oral individual en sus menores hijos.

Observamos que en el grupo con higiene oral deficiente el 13.8% de los padres y/o cuidadores tienen un nivel de conocimiento malo. En aquellos con higiene oral aceptable el 7.7% tenía un nivel de conocimientos también malo. Ningún padre y/o cuidadores de niños índice de higiene oral individual adecuado tuvo un nivel de conocimientos malo.

Según habilidad la mayor preocupación de padres y/ o cuidadores con nivel de conocimientos malo fue en aquellos con hijos con síndrome Down (12.5%) y con un 64.7% de nivel de conocimiento regular en padres y/o cuidadores de niños con retardo mental, seguido con un 62.5% de padres y/o cuidadores de niños con síndrome de down, en contraposición a la investigación de **Benavente L.** (23) al buscar la Influencia del nivel de educación sanitaria de los padres o apoderados en el estado de salud e higiene bucal del niño con retardo mental, encontró en el grupo de padres de niños con retardo mental que el 30.1% de los padres evaluados poseían un grado bajo de educación sanitaria en higiene bucal.

Con el estudio realizado, también se ha llegado a comprobar que, el índice CPO-D en niños con habilidades diferentes del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” de Tacna, tuvieron un índice CPO-D grupal de 4,5-6,5 por lo tanto fue considerado como alto, tal como en el estudio presentado por **Heneche M y cols.** (19) Prevalencia de caries dental en niños con necesidades especiales, el cual exploró el índice de caries (CPOD), quien obtuvo que los niños con síndrome de Down, con parálisis cerebral o con autismo presentan un nivel epidemiológico de caries considerado alto; en nuestro estudio también vale indicar que respecto a higiene oral grupal en un nivel aceptable, tal como refleja el estudio de **Motta A.** (26) Higiene bucal y gingivitis en alumnos con discapacidades intelectuales del colegio especial “Santa Teresa De Courdec”, el cual obtuvo resultado que demuestran que a pesar que es una población con relativo buen estado de salud bucal, algunos de ellos necesitaban atención odontológica.

En niños con habilidades diferentes con dentición decidua, el CEO-d grupal alto considerando entre los valores de 4,5-6,5, y su índice de higiene oral estuvo en un nivel aceptable.

Nuestro estudio también arrojó datos sobre la habilidad diferente con mayor prevalencia en Índice de caries e Higiene oral donde se observa que del total de niños con síndrome de down el 66.7% muestra un índice de higiene individual deficiente, seguido del 29.2% con higiene aceptable solo el 4.2% se muestra adecuado. En tanto que los niños con retardo mental el 58.8% el índice de higiene es deficiente y el 35.3% aceptable. El índice grupal muestra un grado aceptable en el 100% de la población coincidiendo con el estudio realizado por **Motta A.** (26) Higiene bucal y gingivitis en alumnos con discapacidades intelectuales del colegio especial “Santa Teresa De Courdec”, donde sus resultados obtenidos fueron que la población tuvo un relativo buen estado de salud bucal.

En cuanto al Índice de caries, en el grupo con dentición permanente el 100% mostró un índice de caries alto. Aquellos con dentición decidua con síndrome de down mostraron un índice de caries alto, lo mismo que los niños con retardo mental. Mientras que en la dentición mixta se observa niveles bajos en los tres grupos (síndrome de down, retardo mental y otros), reflejado en el estudio realizado por **López N.** (27) Análisis de la prevalencia de caries dental en edad pre escolar (niños 4-5 años) con síndrome de down en la escuela de Fasinarm. Guayaquil, donde afirma que estos pacientes presentan una mayor prevalencia de caries dental y las causas serían menor velocidad de flujo salival, malos hábitos de higiene oral debido a una deficiente motricidad fina y a la poca orientación de los padres o tutores.

Conclusiones

1. En cuanto al índice de higiene oral y grupal de los alumnos del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno”, del total de niños con síndrome de down el 66.7% muestra un índice de higiene individual deficiente, seguido del 29.2% con higiene aceptable solo el 4.2% se muestra adecuado. En tanto que los niños con retardo mental el 58.8% el índice de higiene es deficiente y el 35.3% aceptable. El índice grupal muestra un grado aceptable en el 100% de la población. En el índice de caries, el grupo con dentición permanente el 100% mostró un CPO-D alto, aquellos con dentición decidua con síndrome de down mostraron un CEO-d alto, lo mismo que los niños con retardo mental. Mientras que en la dentición mixta se observa niveles bajos en los tres grupos (síndrome de down, retardo mental y otros).
2. El 63.6% de los padres y/o cuidadores tienen un nivel de conocimiento sobre higiene oral considerado regular, seguido de un 25% como bueno y sólo un 11.4% considerado como malo. Los ítems mayormente comprometidos fueron el concepto de diente dónde él 77.3% no conocía la real condición de ésta pieza. El 79.5% no sabía lo que era la caries dental, el 68.2% no tenía claro el tiempo qué se debe demorar en cepillarse los dientes y el 54.5% no conocía el concepto de placa bacteriana y un 43.2% no sabía en realidad cuando debía llevar a su hijo por primera vez al dentista.
3. No existe diferencia significativa entre el nivel de conocimiento sobre higiene oral que tienen los padres y/o cuidadores y las variables descritas, por lo tanto podemos afirmar que el nivel de conocimiento no está influenciado por las condiciones de edad, sexo, habilidad y tipo de dentición del niño. Podemos observar que a pesar que tenemos un nivel de

conocimiento de regular a bueno la mayor proporción de padres y/o cuidadores tienen niños con índice de caries es alto, así como no influye en el estado de salud oral de los niños.

Recomendaciones

Basado en el análisis del proyecto se recomienda que en un trabajo en conjunto de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Privada de Tacna y el Colegio Odontológico de Tacna, se logre:

- Promover y abordar el tema de odontología inclusiva, profesando con el ejemplo y convertirnos en la primera universidad en la ciudad que tenga el compromiso de brindarle atención a pacientes con habilidades diferentes.
- Desarrollar programas y charlas educativas-preventivas sobre salud bucal para padres, cuidadores y o profesores de niños con habilidades diferentes.
- Incluir cursos sobre odontología especial, para de esta manera preparar a los futuros odontólogos, que si bien no traten al paciente puedan asesorar y guiar a quien solicite la ayuda.
- Concientizar a los alumnos y odontólogos de Tacna sobre la existencia de un gran número de la población con habilidades diferentes y los diversos motivos por los que no pueden acceder a los servicios básicos de salud.
- Crear vínculos con esta parte de la sociedad vulnerable con el fin de realizar tratamientos preventivos/curativos a las fundaciones y colegios de niños con habilidades diferentes, para poder reducir el IHO-S y el índice de caries.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INDICE DE COMPETITIVIDAD REGIONAL - INCORE 2017 - IPE.pdf - Google Drive [Internet]. [citado 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0Bz9KR3sRccmfbDYtQVRfdjVaUkU/view>
2. INEI. En el Perú 1 millón 575 mil personas presentan algún tipo de discapacidad. Instituto Nacional de Estadística 2 de diciembre 2012 [Internet]. [citado 11 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-1-millon-575-mil-personas-presentan-alg/>
3. Arias Herrera SR, Muñoz Fernández LM, Rodríguez Gutiérrez G, García Boss J. Consideraciones actuales del tratamiento estomatológico en niños con discapacidad mental leve. Rev Arch Méd Camagüey. 2005;9(2):144–154. [Internet]. [citado 06 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v9n2/amc150205.pdf>
4. Organização Mundial da Saúde. Informe sobre la salud en el mundo 2003: forjemos el futuro. Ginebra: OMS; 2003. [Internet]. [citado 05 de octubre de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf
5. Centro Ann Sullivan del Perú (CASP) [Internet]. [citado 6 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://annsullivanperu.org/>
6. OMS S bucodental. Salud bucodental. nota informativa N°318 abril 2012 [Internet]. WHO. [citado 10 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
7. Henostroza Haro G. Caries Dental: Principios y Procedimientos para el Diagnóstico. [Internet]. Free libros.org: Ripano; 2010 [citado 10 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.freelibros.org/odontologia/caries-dental-principios-y-procedimientos-para-el-diagnostico-gilberto-henostroza-haro.html>
8. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Indicadores epidemiológicos para la caries dental. l Documento y registro de l CPO y ceo fue consensuado como dato reportable con los Programa s de : Salud Bucal Ministerio de Salud de la Nación, Programa PROSANE Ministerio de Salud de la Nación y Programa SUMAR ministerio de Salud de la Nación. [Internet]. [citado 10 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000236cnt-protocolo-indice-cpod.pdf>

9. Aguilar Agullo MJ, Cañamas Sanchis (M.V.), Gil Loscos F. Periodoncia para el higienista dental. Importancia del uso de índices en la práctica periodontal diaria del higienista dental. *periodoncia*. 2003;13(3):233-44. [Internet]. [citado 05 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.uv.es/periodoncia/media/IndicesMariaJose_1.pdf
10. Murulanda J, Betancur JD, Espinoza (Sebastián), Gómez (Jorge luis), Tapias A. Salud oral en discapacitados. *Rev.CES Odont*.2011;24(1)71-76. [Internet]. [citado 21 de septiembre de 2016]; Disponible en: http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/119/Art_MarulandaJ_SaludOralDiscapitados_2011.pdf?sequence=1
11. Marulanda J, Aramburo E, Echeverri A, Ramírez K, Rico C. Odontología para pacientes autistas.(Dentistry for the Autistic Patient). *CES Odontol*. 19 de diciembre de 2013;26(2):120-6.[Internet]. [citado 21 de septiembre de 2016]; Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/2809>
12. Echevarría Goche A, Munayco Magallanes A. Destreza manual para sostener el cepillo dental y remover la placa dental en personas con habilidades diferentes. 2012 [citado 10 de julio de 2017]; Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1886>
13. Perdomo BJ, Torres D, Paredes Y. Síndrome de Down e higiene bucal: Lineamientos para padres, cuidadores y docentes. *Rev Venez Investig Odontológica*. 2014;2(2):156-69.[Internet]. [citado 21 de septiembre de 2016]; Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio/article/view/5335>
14. Aguirre Córdova J, Porras Rodríguez D, Ríos Villasis K. Estrategia de intervención educativa sobre la salud bucal en pacientes de 6 a 32 años con Síndrome de Down. *Rev Estomatológica Hered*. octubre de 2015;25(4):262-7. [Internet]. [citado 21 de septiembre de 2016]; Disponible en: <http://www.perurevista.com/index.php/estoma/article/view/3925>
15. Cardona Gomez N, Giraldo Moncada KA, Gutierrez Pineda JL, Jimenez Ruiz PM, Giraldo Zuluaga MC. Manejo odontológico de pacientes en condición de discapacidad. Revisión de tema. 2016 [citado 10 de julio de 2017]; Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/4097>
16. Torres Gárriz LI, López Otero E, Sardiñas Montero E, Machado Ramos S, Perez Lecha Y del C. Intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal en niños con retraso mental leve. *Educative intervention to elevate knowledge and modify habits on oral health in children with mentally retarded*. *Mediciego* [Internet]. 2013 [citado 10 de julio de 2017];19(Supl 1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2013/mdcs131a.pdf>

17. Antonio F, Mill E, Páez M, Sayago G, Valero D. Manejo de pacientes con diversidad funcional en el ámbito odontológico. 2014;1(2):121-35.[Internet]. [citado 21 de septiembre de 2016]; Disponible en: http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/190/Art_AntonioF_ManejoPacientesOdontologico_2013.pdf?sequence=1
18. Pineda Toledo P, Díaz Meléndez J, Zaror Sánchez C, Jans A. Tratamiento Odontológico Ambulatorio de Pre-Escolar con Parálisis Cerebral. *Int J Odontostomatol.* 2015;9(1):101–106. [Internet]. [citado 05 de octubre de 2016]; Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v9n1/art16.pdf>
19. Heneche M, Montero C, Cáceres A, Luces O. Prevalencia de caries dental en niños con necesidades especiales. *Cienc Odontológica* [Internet]. 2015 [citado 10 de julio de 2017];12(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2052/205244045003/>
20. Mina Bedoya CE. Estado de salud bucodental de niños con discapacidad del Instituto de Educación Especial del Norte (IEEN) y su asociación con el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral. [Internet] [B.S. thesis]. Quito: UCE; 2016 [citado 10 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/6797>
21. Cabellos Alfaro DA. Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú [Internet]. [Lima.Perú]: Uiversidad Mayor de San Marcos; 2006 [citado 10 de julio de 2017]. Disponible en: <http://200.62.146.130/handle/cybertesis/2792>
22. Inocente-Díaz ME, Pachas-Barrionuevo F de M. Educación para la Salud en Odontología. *Rev Estomatológica Hered.* 2012;22(4):232–241. [Internet]. [citado 05 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/download/91/76>
23. Benavente Lipa LÁ. Influencia del nivel de educación sanitaria de los padres o apoderados en el estado de salud e higiene bucal del niño con retardo mental. *Odontol Sanmarquina.* 2007;10(2):3–7. [Internet]. [citado 05 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/download/2980/2513>
24. Reyes Gonzales IM, Ayala Pérez Y. Programa de salud buco dental para niños con retraso mental aplicado en un área de salud. *Buccodental Health Program for Children with Mental Retardation Applied in a Health Area.* *Correo Científico Médico de Holguín* 2008;12(2). [citado 10 de julio de 2017]; Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no122/n122ori5.htm>

25. Martínez Tapia VM. Utilización del cepillo eléctrico para mejorar la higiene oral en niños con discapacidad. [Internet]. [Ambato, Ecuador]: Univ. Autónoma de los Andes; 2015 [citado 10 de julio de 2017]. Disponible en: <http://186.3.45.37/bitstream/123456789/512/1/TUAODONT013-2015.pdf>
26. Motta Candela A del P. Higiene bucal y gingivitis en alumnos con discapacidades intelectuales del Colegio Especial" Santa Teresa de Courdec" Mayo-Junio 2011 [Internet]. [Lima, Perú]: Univ. San Martín de Porres; 2014 [citado 10 de julio de 2017]. Disponible en: <http://repositoriodcpd.net:8080/handle/123456789/252>
27. López Farías NE. Análisis de la prevalencia de caries dental en edad pre escolar (niños 4-5 años) con síndrome de down en la escuela de Fasinarm [Internet] [B.S. thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2014 [citado 10 de julio de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/6206>
28. Morales Purizaca OD. Eficacia de dos técnicas educativas: informativa y demostrativa dirigida a padres de personas con discapacidad mental en el Centro Ann Sullivan del Perú [Tesis de grado]. [Lima, Perú]: Univ. Mayor de San Marcos; 2013. [Internet]. [citado 06 de octubre de 2016]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2797/1/Morales_po.pdf
29. Orellana L. Atención odontológica de pacientes especiales en Chile. J Oral Res. 2013;2(3):107. [Internet]. [citado 06 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.joralres.com/index.php/JOR/article/viewFile/57/61>
30. Garcés CP, Barrera ML, Ortiz ME, Rosas CF. Estado de Salud Oral de niños y adolescentes con Discapacidad Intelectual en una población chilena, 2012. J Oral Res. 31 de julio de 2013;2(2):59-63.[Internet]. [citado 06 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.joralres.com/index.php/JOR/article/view/joralres.2013.013>
31. Benítez Toledo M, Patricia López M, Adolfo Yamamoto N. Enfermedad periodontal en pacientes adolescentes con síndrome de Down. Presentación de caso. Rev Odontológica Mex. 1 de julio de 2014;18(3):191-8. [Internet]. [citado 06 de octubre de 2016]. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S1870199X14720713/1-s2.0-S1870199X14720713-main.pdf?_tid=97d6e83e-8bd3-11e6-b715-00000aacb360&acdnat=1475765339_9bcbc8c4e7108fa327639feca94b38f2
32. Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatría. La evolución del niño al niño joven. [Internet]. Elsevier; 2004 [citado 10 de julio de 2017]. Disponible en: http://drboj.org/Pediatric_Dentistry_Textbook.pdf

33. Santos Peñaloza DI. Alteraciones del desarrollo dental en alumnos con síndrome de Down de 6 a 25 años de edad del CE especial Unámonos, Arequipa 2015. [Internet] [Tesis]. [Arequipa, Perú]: Universidad Católica Santa María; 2015 [citado 11 de julio de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/3943>
34. Sociedad española de odontopediatria. Pacientes pediátricos con discapacidades - Sonrisas & Vida [Internet]. Sonrisas&Vida. 2012 [citado 11 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.sonrisasyvida.org/discapacidad-informacion-consejos-3/infancia-y-discapacidad/pacientes-pediatricos-con-discapacidades>
35. Silvestre FJ, Plaza Costa A. Odontología en pacientes especiales [Internet]. Universidad de Valencia: Maite Simón; 2007 [citado 11 de julio de 2017]. (Colección Materials). Disponible en: https://books.google.com/cu/books?id=cU3z1gGW14oC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
36. Ganem I. Consideraciones sobre cómo hemos de actuar frente a pacientes con minusvalías. Generalidades. Sociedad Española de odontopediatria 2011;1-4 <http://media.dentalcare.com/media/en-US/education/ce6386/ce6386.pdf>. [citado 11 de julio de 2017]; Disponible en: http://www.odontologiapediatrica.com/img/Actuar_frente_a_pacientes_con_minusval%C3%ADas_para_web.secured.pdf
37. Moreno de Ibarra M. Neuropsicología del autismo. First International Congress on Neuropsychology in internet. uniting horizons in neuropsychology. 15 dic 1999 [Internet]. [citado 11 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.uninet.edu/union99/congress/libs/npd/np15.html>
38. Robert Ireland. Higiene dental y tratamiento. 1º edición. México D.F: Manual Moderno; 2008. 573 p.
39. Sanz J. ¿Sabías que el cepillo de dientes se inventó en una cárcel? - Historias de la Historia. Edad contemporánea. Fuente: Wisdow, Trivia Library, Gargles [Internet]. [citado 11 de julio de 2017]. Disponible en: <http://historiasdelahistoria.com/2011/08/18/%C2%BFsabias-que-el-cepillo-de-dientes-se-invento-en-una-carcel>
40. Sociedad española de periodoncia y osteointegración. Manual de Higiene Bucal. Ed. Médica Panamericana; 2012. 174 p.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado



Universidad Privada de Tacna
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Odontología

Proyecto de Investigación **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN** **ODONTOLÓGICA**

YO,.....,
como APODERADO de
.....; con DNI
.....; en pleno uso de mis facultades, libre y
voluntariamente.

DECLARO

Que se me ha explicado el proyecto de investigación, así como sus objetivos y su finalidad y el proceso de éste. He tenido la oportunidad de discutir con el facultativo cómo se va a efectuar, su propósito y sé que a mi niño se le realizará un diagnóstico bucal con el uso de espejo, explorador y revelador de placa, así como la recolección de sus datos personales en la historia clínica que será de uso exclusivo. Se me ha dado la oportunidad de realizar preguntas, las mismas que serán contestadas a mi entera satisfacción. Yo comprendo que cualquier pregunta que tenga posteriormente será contestada verbalmente o, si yo deseo, con un documento escrito.

Yo entiendo que seré informada de cualquier manifestación que se desarrolle durante el transcurso del estudio de investigación. Yo comprendo que la participación es voluntaria y puedo retirar a mi niño en cualquier momento sin ninguna represaría o consecuencia.

Consiento a que se tomen fotografías o registros de otros tipos de soporte audiovisual: antes, durante y después del proceso de investigación, con el fin de evidenciar el avance del conocimiento científico, los cuales pudieran ser difundidos en revistas médicas y/o ámbitos científicos. En todos los casos será resguardada la identidad del paciente.

Me considero en condiciones de ponderar debidamente tanto los riesgos como la utilidad y beneficio que se pueden obtener del proceso de investigación; así pues, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y por ello, **YO DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se proceda con los procedimientos antes descritos.

Fecha:.....

.....

Firma del Apoderado

DNI:

.....

Firma de la alumna

DNI:

Anexo 2. Cuestionario dirigido a los padres y/o cuidadores



Universidad Privada de Tacna
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Odontología

Cuestionario: Nivel de conocimiento de padres y/o cuidadores sobre higiene oral

Nombre y Apellido de la madre o padre:

Nombre y Apellido del niño:

Edad del niño(a):.....

Habilidad diferente:..... Fecha:

Introducción

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento sobre Higiene Oral de los padres de los alumnos del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno”, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta con una sola respuesta de manera veraz y sincera.

I. Instrucciones:

Lea y marque cuidadosamente cada pregunta del cuestionario con una (X) dentro del paréntesis, por favor conteste solo una respuesta.

1. ¿Cuáles considera usted son elementos de higiene bucal?

- a. Dulces, cepillo dental, pasta dental ()
- b. Flúor, pasta dental, hilo dental ()
- c. Cepillo dental, hilo dental, pasta dental ()

2. ¿Cada cuánto tiempo debería cambiar su cepillo dental?

- a. Cada 6 meses ()
- b. Cada 12 meses ()
- c. Cada 3 meses ()
- d. No sé ()

3. El diente es:

- a. Es un elemento en la boca. ()
- b. Sirve solamente para masticar los alimentos. ()
- c. Es un órgano ()
- d. No sé ()

4. Principalmente ¿cuándo usted cree que debe cepillarse los dientes?

- a. Antes de las comidas ()
- b. Después de las comidas ()
- c. Solo al acostarse ()
- d. Solo al levantarse ()

5. ¿Cuándo debería llevar a su hijo por primera vez al dentista?

- a. Al erupcionar el primer diente ()
- b. Cuando tenga edad suficiente ()
- c. Cuando le duela algún diente ()
- d. Cuando le salgan todos sus dientes ()

6. ¿Cuánto tiempo usted demora en cepillarse los dientes?

- a. No sé ()
- b.30 segundos ()
- c.1 minuto ()
- d.2 minutos ()
- e.3 minutos ()

7. La placa bacteriana es:

- a. Restos de dulces y comidas ()
- b. Manchas blanquecinas en los dientes ()
- c. Restos de alimentos y microorganismos ()
- d. No sé ()

8. La gingivitis es:

- a. El dolor de diente ()
- b. La enfermedad de las encías ()
- c. Inflamación del labio ()
- d. No sé ()

9. ¿Qué es la caries?

- a. Es una picadura en los dientes ()
- b. Es una enfermedad infectocontagiosa ()
- c. Es un dolor en la boca ()
- d. No sé ()

10. ¿Qué características debe tener un cepillo dental?

- a. Que las cerdas sean de 2 colores y el mango sea recto ()
- b. Que las cerdas sean duras y de un solo color ()
- c. Que las cerdas sean rectas y el mango también ()
- d. Que las cerdas sean inclinadas y el mango sea curvo ()

11. ¿Cuántas veces se cepilla al día?

- a. Una vez ()
- b. Dos veces ()
- c. Tres veces ()
- d. Ninguna ()

12. ¿Ha recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado?

- a. Sí ()
- b. No ()
- c. Tal vez ()

Anexo 3. Evaluación de caries y placa bacteriana



Universidad Privada de Tacna
 Facultad de Ciencias de la Salud
 Escuela Profesional de Odontología

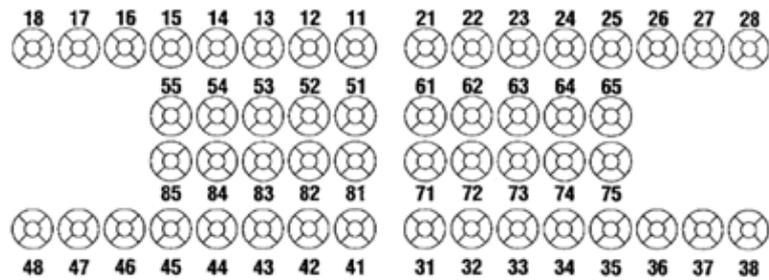
Nombre y Apellido del niño:

Edad del niño(a):.....

Habilidad diferente:.....

Fecha:

Odontograma



IHOS

0	=	0	PIEZAS DENTALES		
1	=	- 1/3	1.6		3.6
2	=	1/3	1.1		3.1
3	=	2/3	2.6		4.6

0	=	0	PIEZAS DENTALES		
1	=	- 1/3	5.4		7.4
2	=	1/3	5.1		7.1
3	=	2/3	6.4		8.4

Escala de valoración individual	Adecuado	0.0 - 0.6
	Aceptable	0.7 - 1.8
	Deficiente	1.9 - 3.0
Escala de valoración grupal	Adecuado	0.0 - 1.2
	Aceptable	1.3 - 3.0
	Deficiente	3.1 - 6.0

Índice CPO- CEO -D

D	C	P	O	Total
d	C	e	o	Total

Índice individual C + P + O =

Índice Comunitario CPO Total =
Total de examinados

Cuantificación de OMS para el índice CPO/ CEO-D			
0,0 a	1,1	:	muy bajo
1,2 a	2,6	:	bajo
2,7 a	4,4	:	moderado
4,5 a	6,5	:	alto