



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN – León
Facultad de odontología



Tema: Caries Dental y Gingivitis en niños con capacidades diferentes de la escuela especial “Los Pastorcitos” (Sutiava) entre las edades de 6-12 años, León. Enero- Febrero, 2007.

Presentado por:

Br. Francisco Rodolfo Baez Salablanca
Br. Domingo Denis Barreto Altamirano
Br. Xochilt Josue Rosales Enriquez

Tutora: Dra. Elbia María Morales
Cirujano Dentista





ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
Resumen_____	1
Tema_____	2
Introducción_____	3
Objetivos_____	7
Marco Teórico_____	8
Diseño Metodológico_____	27
Resultados _____	37
Discusión_____	54
Conclusiones_____	56
Recomendaciones_____	57
Bibliografía_____	58
Anexos_____	61



RESUMEN

Alrededor de 600 millones de personas en el mundo presentan algún tipo de capacidad diferente, tres de cada cuatro tienen problemas en la movilidad, 500 mil son nicaragüenses y de estas 5 mil son niños los cuales no reciben una atención odontológica integral, de ahí la importancia de la comprensión del estudio. El propósito de este estudio fue identificar la caries dental y gingivitis en niños con capacidades diferentes que asisten a la escuela especial "Los Pastorcitos" y la frecuencia con que acuden a la consulta dental. Se revisaron 38 niños y 22 niñas de 6 a 12 años con capacidades diferentes de la escuela especial "Los Pastorcitos". Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, y los datos de caries y gingivitis se obtuvieron a través de un examen clínico-bucal y los datos se analizaron estadísticamente por medio del sistema de palotes. La caries dental se presentó con mayor frecuencia en el sexo femenino con 95.45 %, en las capacidades diferentes de Síndrome de Down y Deficiencia Intelectual con 100 % respectivamente y en las edades de 7, 9, 10 y 11 años, cada una con 100 %. En relación a la frecuencia de gingivitis la edad más afectada fue a los 8 años con 100 % y en las personas con Deficiencia Intelectual se observó en un 75 % y en un 68.18 % en el sexo femenino. Se determinaron los mayores porcentajes en la frecuencia de caries dental y gingivitis en los niños con Deficiencia Intelectual y Síndrome de Down, en el sexo femenino. En todas las edades se encontró alta frecuencia de caries dental y de gingivitis sobre todo a los 8 y 9 años



TEMA.

Caries dental y gingivitis en niños con capacidades diferentes de la escuela especial “Los Pastorcitos” (Sutiava) entre las edades de 6 a 12 años, León. Enero- Febrero, 2007.



INTRODUCCIÓN

La discapacidad es cualquier restricción o carencia de la capacidad para realizar una actividad de forma que se considere normal. Puede ser transitorio o permanente. (1)

Se ha determinado que en el mundo hay alrededor de 600 millones de personas con capacidades diferentes. Nicaragua posee 500 mil personas con capacidades diferentes, que equivalen al 10.3 % de la población, de los cuales 5 mil aproximadamente son niños. (1)

La consigna para el tercer milenio deberá ser: "Salud Bucal para el tercer milenio también para los pacientes especiales y portadores de discapacidades." (2)

La caries dental y la enfermedad periodontal (gingivitis) constituyen problemas frecuentes en la asistencia odontológica de personas con incapacidades. Es necesario aclarar que no todas las enfermedades bucodentales están directa o indirectamente relacionadas con su impedimento físico o mental, es decir que pueda estar en dependencia del grado de higiene oral del niño u otras alteraciones. (1)

La atención bucodental en pacientes discapacitados es la mayor necesidad de salud aún no resuelta por las comunidades. Siendo esto válido en la mayor parte de los países que están en vías de desarrollo, también llamados "Del Tercer Mundo" donde la situación de su atención odontológica puede ser considerada, generalizando, como casi ignorada. (2)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dos terceras partes de la población portadora de deficiencias no recibe atención bucodental alguna y aunque los porcentajes estimados de población con discapacidad varían de una localidad a otra, los aspectos de salud integral para este grupo poblacional no incluyen su rehabilitación bucodental. (3)

El desconocimiento de los problemas bucodentales de los pacientes especiales, asociados a sus propias reacciones emocionales, las de sus familiares, así como las del profesional, crean e incrementan las barreras en el acceso a los servicios de atención.(3)

Este estudio pretende identificar los casos de niños con capacidades diferentes del centro especial "Los Pastorcitos" que presentan caries dental y gingivitis, y enumerar la frecuencia de cepillado dental y determinar cuantos han recibido atención odontológica.



La importancia de este estudio es meramente social, para así lograr hacer conciencia a los lectores de la problemática que presentan estos niños a nivel de salud bucal. Y así incentivar a la realización de un proyecto gubernamental o no gubernamental de atención odontológica integral especializada y también para dar pautas para la realización de estudios de incidencia.

En Nicaragua se han realizado monografías relacionadas con la salud bucal, de estas, 9 han sido trabajos monográficos sobre el tema de discapacidad infantil según registros de la UNAN-León.

En 1993 se realizó un estudio de prevalencia y necesidades de tratamiento periodontal en escolares discapacitados de la escuela especial de Sutiava, León, donde resultó una mayor prevalencia de enfermedad periodontal en los niños que padecían deficiencia auditiva. (4)

En el año 1995 se realizó un estudio en los centros especializados de León, Managua, Esteli, Chinandega y Masaya. Encontrándose que las edades más afectadas en cuanto al grado de higiene oral fueron las de 11 a 13, clasificándose como deficiente. En cuanto al grado de gingivitis la edad más afectada es a los 10 para los niños (as) con Síndrome de Down. En cuanto al C.P.O.D., fué de 3.97 y un c.e.o. de 3, con un promedio de 3 dientes cariados por niño, clasificándose como moderado. Concluyeron que el grado de higiene oral de los niños es deficiente. (5)

En 1995 se realizó un estudio en la escuela especializada de Sutiava, León entre las edades de 5 a 16 años en el cual se demostró que el sexo masculino presenta el mayor número de caries a la edad de 8 años, mayor número de piezas obturadas en el sexo femenino a los 12 años y mayor número de piezas perdidas se encontró en el sexo masculino a los 8 años. (6)

En 1995 se realizó un estudio en la escuela especializada Ángela Morales en León entre las edades de 6 a 15 años, en el cual se estudiaron tres tipos de discapacidades: Síndrome de Down, sordomudo y retardo mental; se encontró que en higiene dental el grupo más afectado fueron niños con retardo mental; con respecto a gingivitis fué moderado, y maloclusión predominando la clase I de Angle. (7)

En 1997 se realizó un estudio en el centro especial Rafael Darbellos de Chinandega, entre las edades de 6 a 24 años, encontrándose que el mayor valor del índice de Clune fue de 40 para ambos sexos. La mayor cantidad de piezas cariadas las presentó el sexo masculino. Con respecto al I.H.O.S. según el índice de placa se concluyó que la higiene oral de los niños era regular. (8)



En el año 2000 en un estudio en la asociación Los Pipitos, León, entre las edades de 6 a 12 años, se concluyó que en cuanto al grado de higiene oral, no hay diferencia significativa entre niños discapacitados y no discapacitados; esto se cumple tanto en el sexo como en la edad prevaleciendo en ambos grupos la higiene oral regular. Encontrándose en los niños discapacitados que el sexo más afectado fué el femenino y la edad fué a los 9 años. En el grupo de niños sin discapacidad el sexo masculino resulto más afectado y al igual que los niños discapacitados el mayor promedio de afectación se observó a los 9 años; el grado de gingivitis tuvo diferencia en ambos grupos siendo los niños discapacitados los más afectados. En edad y sexo no hay diferencia, pero las edades más afectadas fueron entre 7 y 10 años en los niños discapacitados y en los sin discapacidad en los de 10 años tuvieron mayor afectación. El sexo femenino fue el más afectado en los dos grupos. En prevalencia de caries dental en dentición temporal los más afectados con caries severa fueron los discapacitados; y los que presentaron mayor porcentaje de caries muy leve fueron los niños sin discapacidad. Con respecto a la prevalencia de caries en permanentes los niños discapacitados fueron los más afectados. (9)

En el año 2002 se realizó un estudio en el centro de rehabilitación Los Pipitos de León entre las edades de 6 a 12, encontrándose que estos niños tienen alta susceptibilidad a la caries, la edad de 6 años presentó un mayor ataque de caries dental, el sexo más afectado fué el masculino y los niños más afectados por caries dental fueron los de Síndrome de Down y los menos afectados fueron los niños con epilepsia. (10)

En el año 2003, se realizó un estudio a los niños con Síndrome de Down en la escuela especial de Sutiava, León y a los niños de la escuela estatal Modesto Armijo Managua, entre las edades de 6 a 13 años, se encontró que en higiene oral el grupo más afectado fueron los niños con Síndrome de Down y que el sexo masculino fué el más afectado. Lo mismo ocurrió con el grado de gingivitis. La edad más afectada con gingivitis severa fué 8 años en niños con Síndrome de Down, y de 13 en los otros niños. (11)



En un estudio realizado en el año 2005 en la asociación Los Pipitos, León, siendo el más actual en base a un programa que realizaron se destacó que estos programas de educación impartido a responsables de niños (as) y jóvenes con Síndrome de Down si dan resultados positivos. Encontrándose que el grado de higiene bucal de los niños(as) y jóvenes con síndrome de down se incrementó considerablemente a pesar que no se consiguió un grado excelente según el índice de O'LEARY. Sin embargo se modificaron las habilidades en técnica de cepillado y el uso de hilo dental, adquiriendo un grado de higiene oral aceptable. El nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los responsables de los niños(as) y jóvenes con Síndrome de Down progreso significativamente consiguiendo aumentar y motivar el interés de ellos, enriqueciendo su conocimiento y ayudándoles al desarrollo de sus habilidades, para así mantener una higiene bucal aceptable en sus niños.
(12)



OBJETIVOS

General.

Identificar caries dental y gingivitis en niños con capacidades diferentes de la escuela especial "Los Pastorcitos" y la frecuencia con que acuden a la consulta dental.

Específicos.

1. Agrupar los niños con capacidades diferentes según edad y sexo.
2. Determinar la prevalencia de caries dental y gingivitis en los niños según edad, sexo y capacidad diferente.
3. Determinar los índices de caries dental y gingivitis en los niños según edad, sexo y capacidades diferentes.
4. Enumerar la frecuencia de cepillado dental en niños con capacidades diferentes.
5. Determinar con que frecuencia acuden los niños con capacidades diferentes a la atención odontológica.



MARCO TEÓRICO

Existe una franja de individuos que a causa de noxas (daños o perjuicios) de orden genético, congénito, infeccioso, traumático o de otro origen, que pueden actuar durante el período prenatal, perinatal o postnatal, sufren distintos daños en la conformación de sus organismos, que determinan alteraciones que los discapacitan parcial o totalmente y en forma definitiva o transitoria para bastarse a sí mismos en las actividades que la vida diaria obliga. La discapacidad refleja las consecuencias de la deficiencia en cuanto a capacidad funcional y actividad del individuo, y se define como toda restricción o ausencia (como resultado de una deficiencia) de capacidad para desplegar una actividad de la manera normal o dentro de los límites considerados normales para un ser humano. La discapacidad representa pues, trastornos en el plano de la persona, y sus principales subclases se refieren al comportamiento, la comunicación, los cuidados normales, la locomoción, la disposición corporal, la destreza (en particular las habilidades) y situaciones específicas. Esta definición de paciente discapacitado lo es desde el punto de vista eminentemente médico, lo que no significa que desde el punto de vista odontológico y estomatológico deba serlo. Por el contrario, llamamos paciente especial a aquel que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, sea de orden físico, mental o sensorial, así como de comportamiento, que para su atención odontológica y estomatológica exige maniobras, conceptos, equipamiento y personas de ayuda especiales, con capacidad de atender en el consultorio las necesidades que estos generan. Es decir, que escapan a los programas y rutinas estándar que se llevan a cabo para el mantenimiento de la salud bucodental de la población. (18)

I.- CAPACIDADES ESPECIALES EN LA INFANCIA:

Retardo mental: Es cuando el funcionamiento intelectual general es inferior al promedio que se origina en el período del desarrollo y se vincula con problemas de la conducta adaptativa, es decir que desde el punto de vista sociológico es un estado de desarrollo mental incompleto de tal grado y clase que el individuo es incapaz de adaptarse por sí mismo al medio ambiente normal que lo rodea.



Según la Organización Mundial de la Salud lo define como un desarrollo general incompleto o insuficiente de la capacidad intelectual, que puede clasificarse en varios niveles: leve, moderado, grave y profundo. La etiología puede ser alteraciones genéticas, enfermedades adquiridas en la gestación, en el período perinatal o en la infancia y por factores ambientales. (13, 26)

Deficiencia visual: Es la pérdida de la capacidad para ver en la forma que lo hacen las personas con visión normal. El diagnóstico suele establecerse entre los 4 y 8 meses de vida si la deficiencia es grave, basándose en sospechas de los padres suscitados por un comportamiento inusual, como la ausencia de sonrisa ante estímulos apropiados o retrasos motores en el inicio de agarrar objetos.

Se pueden agrupar según la severidad de la deficiencia en:

a.- Ciegos: tienen disminuida la agudeza visual por debajo de 20/200 de la escala de Wecker, en el ojo mejor y con cristales correctos.

b.- Deficientes visuales no ciegos (o ambliopes).

Los problemas visuales tienen una gran importancia en nuestras vidas, en nuestra escolaridad, pueden dificultar los aprendizajes y la carencia de visión debe propiciar el hiperdesarrollo de otros patrones sensoriales. No todas las alteraciones visuales son por tener un déficit sensorial, se puede tener ojos sanos y tener problemas perceptivos visuales. Los trastornos visuales se pueden agrupar de la siguiente forma:

a) Por déficit sensorial (minusvalías)

b) Por trastornos perceptivos

c) Alexia o ceguera verbal

El aprendizaje de estos niños puede mejorarse con recursos de apoyo presentando el aula materiales en formato no visual. Algunos colegios recurren a consultar con profesores experimentados en la enseñanza a niños ciegos. En ocasiones es preciso utilizar programas independientes para entrenar a estos niños en las habilidades que les van a ser necesarias (desarrollo de las aptitudes auditivas, lectura y escritura de Braille, etc.). (13,26)

Deficiencia auditiva: Puede ser: 1. Sordera o anacusia: persona cuya capacidad es tan limitada para oír que no es funcional para los propósitos de la vida diaria. 2. Hipoacusia: personas con grados diversos de pérdida auditiva, varía de leve a moderado.



Estas se dividen en tres tipos:

a.- De percepción o neurosensorial (están más afectadas las frecuencias agudas y es frecuente la distorsión de sonidos).

b.- De transmisión o conductiva (están más afectadas las frecuencias graves y es frecuente la atenuación de sonidos).

c.- Sordera central o afasia receptiva (anomalía de tipo central referida al sistema auditivo sin que esté afectado el nervio auditivo ni el oído interno, por lo que aunque la capacidad auditiva sea normal hay dificultad o imposibilidad para entender el lenguaje. (26)

Deficiencia del habla-lenguaje: Las causas más comunes de este trastorno son el retraso mental, la deficiencia auditiva, la privación social, el autismo y las anomalías bucales-motoras. Si se sospecha de la existencia de un problema en función de las pruebas de detección selectiva, como el Test de Denver para la valoración del desarrollo, debe remitirse al niño a un centro especializado de audición y lenguaje. (13)

Parálisis cerebral infantil: Se define como un grupo de trastornos crónicos y persistentes de movimientos o de la postura, de comienzo precoz, ocasionado por diversos procesos patológicos no progresivos que acontecen en el cerebro inmaduro. Con frecuencia se asocian al déficit motor u otras manifestaciones; tales como retraso mental, alteraciones del aprendizaje y del lenguaje, crisis epilépticas, hipoacusia, trastornos visuales (estrabismo, nistagmo, ambliopía, atrofas ópticas) y problemas familiares, escolares y sociales. Aparicio J. 1999

El tratamiento depende de las disfunciones que existan. La fisioterapia y la terapia ocupacional pueden ayudar.

Las variedades clínicas de la parálisis cerebral se clasifican:

I) Según los signos clínicos, la alteración del tono muscular origina diversas formas clínicas:

a.- Espásticas: el tono está aumentado y hay hiperexcitabilidad de músculo al menor estímulo. La lesión está en la corteza cerebral. Este tipo da en un 66%.

b.- Atetosis: hay fluctuación del tono y los movimientos son lentos, incoordinados, incontrolados. La lesión está en los ganglios basales. Un 19% pertenece a este tipo.



c.- Ataxia: hay descoordinación de la marcha e incapacidad de caminar siguiendo una línea recta, se da una marcha similar a la de una persona ebria. Esta lesión se localiza en el cerebelo. Este tipo lo presentan en un 8%.

d.- Atonía o hipotonía: incapacidad de mantener una postura desmoronándose con facilidad.

e.- Formas mixtas: las más frecuentes, incluyen varias de las formas anteriores.

II) Según la distribución topográfica:

a. -Paraplejía: se limita a ambas extremidades inferiores.

b.- Hemiplejía: están afectadas las extremidades de un hemicuerpo, con predominio en la superior.

c.- Tetraplejía: están afectadas las cuatro extremidades.

d.- Diplejía: se afectan las cuatro extremidades, pero con predominio de los síntomas en las inferiores

III) Según la intensidad:

a.- Formas leves: el sujeto no experimenta ninguna dificultad de expresión, puede andar sin ayuda y cuidar de sus necesidades.

b.- Formas moderadas: el sujeto presenta dificultades en la marcha y en la expresión, no pudiendo atender sus necesidades.

c.- Formas graves: el sujeto queda reducido a la invalidez, sin capacidad para la expresión ni marcha y existen pocas posibilidades de reeducación.

Su etiología:

I) Factores prenatales: a.-Anoxia

b.- Enfermedades infecciosas de la madre.

c.- Enfermedades metabólicas de la madre.

d.- Eritroblastosis fetal

II) Factores perinatales: a.- Anoxia

b.- Anestesia y analgesia

c.- Traumatismo

d.- Cambios súbitos de presión

e.- Avitaminosis K

III) Factores postnatales: a.- Enfermedades neurológicas más frecuentes en la infancia.

b.- Factores de predisposición (13, 26)



Deficiencia Intelectual: En las últimas décadas, términos como “reacciones de hiperactividad en la infancia, daño cerebral mínimo, disfunción cerebral o trastornos emocionales”, han sido aplicadas a este tipo de personas especialmente en los niños. En los últimos años se le conoce como “Síndrome de Déficit de Atención”.

Es corriente preguntarse, desde cuando ha estado presente el Déficit Atencional en la humanidad: muchos creen que es un problema de finales del siglo XX, pero en realidad ha estado presente siempre, sólo que antes no consistía un problema.

En otros tiempos, el individuo podía desarrollarse sin necesidad de preocuparse del ritmo que llevara la sociedad, él iba a su propio ritmo por lo que podía desarrollar destrezas, habilidades y conocimientos.

La misma impulsividad de ciertos individuos, los llevo a realizar grandes cosas y descubrimientos, así tenemos a Leonardo Da Vinci: “En efecto casi todos los habitantes de Vinci saben que Leonardo no ha sido un estudiante brillante en la escuela. Incapaz de fijar su atención en un solo tema durante demasiado tiempo, vaga errabundo, de un punto a otro del saber de su tiempo. Este “defecto” no le permite profundizar en sus tareas escolares lo necesario y deseado. Con frecuencia escapa de las aulas y se dedica a recorrer la campiña próxima a su ciudad. Todo lo explora con ojos muy abiertos y asombrados”. Herrera, J. (1979)

Además tenemos el caso de Albert Einstein, de quien se dice: “Einstein, quien fué un pésimo estudiante sorprendió al mundo a principios de siglo con su teoría de la relatividad”. Y además dice que: “En todos los centros docentes por el que pasó dejó la imagen de ser un estudiante de regular para abajo”. Tovar, E. (1996)

Así como estas grandes figuras de la historia, tenemos a muchas otras, Newton, Miguel Angel, Graham Bell, Benjamín Franklin, etc.

“El Síndrome de Déficit Atencional es el nombre que se le da a la condición de niños, adolescentes y adultos cuando muestran falta de atención e impulsividad en su comportamiento diario. Pueden ser hiperactivos o hipoactivos (pasivo), pero la mayoría tiene grandes dificultades para organizarse y terminar sus trabajos”. (Fundación D.A.)

El neurodesarrollista, Dr. Luís López Molina a comparado el déficit de atención con “un zurdo en un mundo de derechos”. El zurdo ha tenido una serie de dificultades porque los pupitres, cuadernos, formas de escribir, colocación del volante de los automóviles, de los botones de las camisas, etc., está hecho para derechos. Por eso deben hacerse grandes esfuerzos para adaptarse a un concepto diferente que corresponde al mayor porcentaje de la gente y que por eso, ha impuesto sus normas educativas y sociales. Inclusive en otro tiempo el zurdo fue visto como anormal y a muchos niños, en la escuela, se les amarraba la mano izquierda para obligarlos a escribir con la derecha.



El déficit de atención consiste en una ruptura en la concentración del pensamiento o de la escucha, que a la vez provoca una ruptura en la secuencia del mensaje recibido, por lo cual al individuo le quedan lagunas en la información o recibe información incoherente. Encontrándose así un conjunto de comportamientos que caracterizan al niño como falto de atención, de fácil distracción, hiperactivo e impulsivo hasta el punto de que su conducta interfiere en su capacidad de funcionar social y académicamente, debido a que son aislados por los compañeros, criticados por los adultos y sancionados por los maestros, ya que además de sus características especiales, tienen dificultades con el rendimiento escolar. Este factor está presente en el individuo desde que nace y no desaparece nunca debido a que es parte de sí mismo. Cuando el joven llega a la secundaria, es posible que su hiperactividad física haya disminuido, sin embargo, se siente desintegrado tanto en el nivel social como académico y hasta familiar.

Su condición química a nivel cerebral es la misma de cuando era niño, pero en la época escolar, con las críticas, regaños y castigos, le producen una muy baja autoestima y una imagen de sí muy pobre, que lo desmotiva. Esto da como resultado un joven reprimido, que se siente perdedor y que es, incluso, candidato a la delincuencia, drogadicción y problemas emocionales.

Se le dificulta mucho, aun cuando son inteligentes, el responder adecuadamente a las demandas académicas cada vez más exigentes y que requieren mayor atención y concentración. Es entonces cuando deciden cambiar de colegio o dejar de estudiar, lo cual los deprime y les hace cambiar constantemente sus metas, pues además de lo anterior son muy inconstantes.

Esto se produce cuando se interrumpe el proceso de la comunicación. Este se produce porque la cantidad de estímulos externos visuales y auditivos son muy fuertes y distraen al individuo con mucha frecuencia. Por esta razón no logra dar las respuestas orales ni prácticas que se esperan de un buen receptor. El tratamiento principal combina intervención farmacológica y ambiental. (13, 27,28)

Autismo: El autismo se caracteriza por una deficiencia significativa del niño para relacionarse con la gente, incluso con sus padres. Puede detectarse una conducta anormal incluso ya en el período de lactancia o en edad preescolar. A menudo se retrasa el habla; puede haber ecolalia, inversión de pronombres, etc. Algunos niños autistas pueden tener talentos aislados notables.

La sospecha del diagnóstico requiere la remisión del niño a un especialista para una mayor evaluación y para tratamiento. La intervención intensiva precoz puede dar resultados espectaculares. (13)



Trastornos hereditarios:

Alteraciones cromosómicas:

1. Síndrome de Down: estos pacientes presentan un cromosoma extra que fué identificado como perteneciente al grupo G y catalogado como el 21 así que tiene 47 en vez de 46 normales. Este es un trastorno congénito caracterizado por distintos grados de retraso mental y defectos múltiples. Afecta aproximadamente a uno de cada 600-650 nacidos vivos y se asocia con la edad materna avanzada, particularmente superior a los 35 años. Cuando la madre tiene 20 años nace un niño por 1925 nacidos vivos. A los 30 años uno por cada 885. A los 35 años uno por cada 365 y los 40 uno por cada 5.

El grado de retraso mental en el trastorno varía entre leve y grave, y se asocia con un aspecto facial característica y estatura pequeña. El niño presenta una facia típica con el repliegue cutáneo en el extremo de los ojos denominado epicanto, orejas de pequeñas dimensiones, lengua grande y fisurada, microcefalia, unas líneas típicas en la palma de la mano, hipotonía generalizada y lesiones viscerales asociadas, desde defectos cardíacos (comunicación interventricular, canal auriculoventricular), estenosis duodenal y déficit de sus defensas ante las infecciones.

2. Trisomía 13 y la 18.

3. Anomalías de los cromosomas sexuales (Síndrome de Turner, síndrome de Klinefelter, etc.). (13, 26, 29)

II.-CARACTERÍSTICAS DE ENFERMEDADES BUCALES EN PACIENTES ESPECIALES:

Pacientes discapacitados: Un problema de salud común a toda la población con minusvalías es la salud bucal. Podemos observar una deficiente higiene bucodentaria con elevados índices de placa, gingivitis y presencia de cálculo, así como la alta prevalencia de enfermedad periodontal. (18)

Las caries también representan un problema muy frecuente en estos colectivos; no deben olvidarse factores como las dietas blandas y ricas en azúcares que en muchas ocasiones se les dan. (18)

Los pacientes que están tomando psicofármacos pueden presentar pérdidas importantes en la tasa de flujo salival durante largos períodos de tiempo, lo que favorecerá la aparición de caries rampantes, afecciones gingivales y de otros tejidos blandos. (18)



Pacientes con retraso mental: Al nivel bucodentario, encontramos alteraciones morfológicas que se relacionan con la enfermedad o síndrome de base que produce el retraso mental. Pueden darse anomalías en la morfología dentaria y en el patrón eruptivo como hipoplasias de esmalte o una erupción retrasada; un paladar alto con hipoplasia maxilar, maloclusiones con tendencia a clase II de Angle y mordida abierta, y retención en la dentición primaria. Por ello debemos considerar en la clínica dental las posibles alteraciones sistémicas independientemente de los problemas de manejo de conducta. El manejo clínico-odontológico de estos pacientes en general dependerá del nivel de retraso mental y de la patología. (18)

Pacientes con parálisis cerebral: Patológicamente pueden presentar hemiplejía, paraplejía, cuadriplejía, más de dos tercios de estos pacientes padecen retraso mental, a lo cual se suman las afecciones bucales específicas de estos pacientes. Un elevado número de estos pacientes suelen presentar cuadros convulsivos en algún momento. Las manifestaciones bucales que aparecen son varias; aunque no se ha encontrado mayor prevalencia de caries en estos pacientes en relación con la población general, sí se ha observado una mayor prevalencia de aparición de enfermedad periodontal y alteraciones gingivales. Pueden presentarse traumatismos dentales, Bruxismo y hábitos como la interposición lingual, respiración bucal o deglución atípica. (18)

Pacientes con discapacidades sensoriales: En muchos de los procesos que acompañan a la ceguera coexisten alteraciones en el desarrollo de los dientes, por lo que podemos encontrarnos con lesiones hipoplásicas del esmalte, como ocurre en la rubéola, la diabetes materna o la prematuridad. En la dentición permanente podemos encontrar alteraciones bucales con la misma frecuencia que en la población en general. (18)

Pacientes con Síndrome de Down: Con frecuencia presentan macroglosia, protrusión, lengua con fisuras o granular, por el agrandamiento de las papilas. También tienen un paladar arqueado alto. Los dientes están mal formados, y la hipoplasia del esmalte, y la microdoncia son los hallazgos más comunes. Cohen, Brown y Cunningham investigaron el estado periodontal de grandes grupos e informaron que existía una enfermedad periodontal destructiva, grave y casi universal, que no parecía tener un origen local. Brown y Cunningham tan bien comentaron sobre el sorprendente alto número de pacientes que no tenían caries dental. (15)



III.- CARIES DENTAL



Concepto: Es una enfermedad microbiana de los tejidos calcificados de los dientes, que se caracteriza por la desmineralización de la porción inorgánica y la destrucción de sustancia orgánicas del diente. Es la enfermedad crónica del diente más frecuente que afecta a la raza humana. Una vez que se presenta, sus manifestaciones persisten a lo largo de toda la vida incluso cuando las lesiones son tratadas. (15)

Etiología: La etiología de la caries dental es un problema complejo, complicado por muchos factores indirectos que oscurecen la causa o causas directas. (15)

Para explicar el mecanismo de aparición de la caries se han propuesto tres teorías principales:

1. Teoría de la proteólisis: ésta se basa en la detección de proteínas en el esmalte humano.(22)
2. Teoría de proteólisis-quelación: ésta postula el ataque por bacterias orales de componentes orgánicos del esmalte; los productos de degradación consiguientes poseen una capacidad quelante y, por tanto, disuelven los minerales del diente. (22)
3. Teoría químico-parasitaria o acidogénica: es aún la más aceptada en la actualidad. Esta es a favor de que la descalcificación es el mecanismo agresor inicial de la caries. Por lo general, se acepta la hipótesis de que la caries dental es causada por el ácido que aparece por la hacinó de microorganismos sobre los hidratos de carbono. Se caracteriza por una descalcificación de la parte inorgánica y se asocia, a una desintegración de la sustancia orgánica del esmalte.(22)

Factores que contribuyen a la caries dental: Aquí se señalan varios factores indirectos que pueden influir en la etiología de la caries:

- A) Diente:
- 1.Composición.
 2. Característica morfológico.
 3. Posición o disposición del diente en la arcada.



- B) Saliva: 1.Composición: a. Inorgánica b. Orgánica
2. pH
3. Cantidad.
4. Viscosidad.
5. Factores antibacterianos

- C) Dieta: 1. Factores físicos: a. Calidad de la dieta.
2. Factores locales: a. Contenido de carbohidratos
b. Contenido de vitaminas.
c. Contenido de flúor. (15)

Clasificación: Se puede clasificar de acuerdo al lugar donde se encuentra en el diente:

1. Caries de fisuras o focetas: aparecen en la superficie oclusal de molares y premolares, superficie lingual y bucal de molares y en la superficie lingual de incisivo maxilar. Pueden aparecer de color café o negro y se sentirán ligeramente suaves y pescarán a la punta de un explorador fino. El esmalte que bordea a la fosita aparece de color blanco azulado opaco conforme se va socavando.

2. Caries de las superficies lisas: se desarrolla sobre las superficies proximales de los dientes o el tercio gingival de la superficie lingual o bucal, empieza debajo de un punto de contacto con una opacidad leve del esmalte, sin que exista una pérdida aparente de continuidad de superficie o como una área pigmentada de color amarillo o café. La mancha de color blanco lechoso se vuelve ligeramente rugosa debido a la descalcificación superficial de esmalte. (15)

También se pueden clasificar de acuerdo a la rapidez del proceso:

1. Caries dental aguda: esta sigue un curso clínico rápido y que da como resultado participación pulpar temprana. Ocurre con más frecuencia en niños y jóvenes porque los túbulos dentinales son grandes y abiertos y no muestran esclerosis. La entrada inicial de la lesión cariosa es pequeña mientras que en el fondo hay una gran excavación interna. La dentina por lo regular se tiñe de un color amarillo.

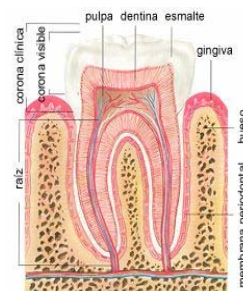
2. Caries dental crónica: progresa con lentitud, es más común en los adultos, la entrada a la lesión es mayor. El lento progreso permite suficiente tiempo para que se realice la esclerosis de los túbulos dentinales y el depósito de dentina secundaria. La dentina cariada se tiñe de un color café oscuro. (15)



Otra clasificación es de que si la lesión es nueva o si ataca a los márgenes de una restauración:

1. Caries primaria (virgen)
2. Caries secundaria (recurrente): se presenta a la vecindad inmediata de una restauración. La nueva caries sigue el mismo patrón general de la caries primaria. (15)

IV. PERIODONTO NORMAL



Periodonto normal: está formado por los tejidos de soporte y revestimiento del diente (encía, ligamento periodontal, cemento, hueso alveolar.); el cemento es considerado parte del periodonto dado que en conjunto con el hueso sirven de soporte para las fibras del ligamento periodontal. (16)

Encía: es la parte de la mucosa bucal que reviste los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes.

Se divide en marginal, insertada y las áreas interdientales. (16)

1. E. marginal: corresponde al margen terminal o borde de la encía que rodea a los dientes como un collar. Por lo regular tiene un milímetro de ancho y forma la pared de tejido blando del surco gingival. (16)

2. E. insertada: esta se continúa con la encía marginal. Es firme, resilente y se fija con firmeza al periostio subyacente del hueso alveolar. Por vestibular ésta se extiende hasta la mucosa alveolar relativamente laxa y móvil, de la cual está separada por la unión mucogingival. El ancho por vestibular varía según la zona de la boca, siendo mayor en el área incisiva que en la molar. Por lingual en la mandíbula ésta termina en la unión con la mucosa alveolar lingual y en el maxilar por palatino se combina con la mucosa del paladar (16)



3. E. interdental: ocupa el espacio interproximal gingival, entre los dientes por debajo de las áreas de contacto puede ser piramidal y tener forma de collado. Por vestibular y lingual convergen hacia el área de contacto interproximal, y las mesiales y distales son algo cóncavas. Los márgenes laterales y extremos están formados por una continuación de la encía marginal y la parte intermedia la consta la encía insertada. (16)

Ligamento periodontal: es el tejido conectivo blando, muy vascularizado y celular que rodea a los dientes y une el cemento radicular con la lámina dura del hueso alveolar propio. La anchura del ligamento periodontal es de aproximadamente 0.25 mm más 50%. La presencia de ligamento periodontal posibilita la distribución y absorción de las fuerzas generadas durante la función masticatoria.

El diente está unido al hueso por axes de las fibras colágenas que pueden dividirse en los siguientes grupos principales: fibras de la cresta alveolar (acf), fibras horizontales (hf), fibras oblicuas (of), fibras apicales (apf). (17)

Cemento: tejido mesenquimatoso calcificado que constituye la cubierta exterior de la raíz anatómica, se divide en cemento acelular (primario) y celular (secundario). El grosor de este varía de 16 a 60 micras o el grosor de un cabello. (16)

Hueso alveolar: la apófisis alveolar, o proceso alveolar puede ser definida como aquella parte de los maxilares superior o inferior que forma y sostiene los alvéolos de los dientes junto con el cemento radicular y el ligamento periodontal el hueso alveolar constituye el aparato de inserción de los dientes cuya función principal es distribuir y reabsorber las fuerzas generadas, por la masticación y otros procesos dentarios. Las paredes de los alvéolos están tapizadas por hueso compacto y el área entre los alvéolos, incluida la pared ósea compacta, está ocupada por hueso esponjoso. Este ocupa la mayor parte de los tabiques interdentarios pero sólo una porción relativamente pequeña de las láminas vestibular y palatina. El hueso esponjoso contiene trabéculas óseas cuya arquitectura y tamaño están en parte determinadas genéticamente y en parte son el resultado de las fuerzas a las cuales están expuestos los dientes durante su función. (17)



Características clínicas normales de la encía:



Color: La encía normal presenta un color rosado pálido o rosa coral. Puede presentar ligeras variaciones dentro de lo normal lo cual se debe a la melanina, puede aparecer una coloración marrón negrusca o azulada más o menos intensa, es lo que le sucede a la gente de color, en cambio en los albinos la encía es de color blanco pálido. (16)

Contorno: El margen gingival de la encía libre sigue las ondulaciones de los cuellos de los dientes, la encía papilar debe llenar el espacio interdental hasta el punto de contacto, el margen gingival termina sobre la superficie del diente en forma afilada. (16)

Consistencia: Ligeramente depresible o resilente. La encía debe de ser de consistencia firme. La encía insertada está firmemente unida al hueso y al cemento subyacente. (16)

Posición: La posición de la encía es cubriendo los procesos alveolares, pero esta posición varía con la edad, a este respecto de variaciones sufre cuatro cambios:

- 1.- Primera posición o etapa: de los 12 a los 16 años. Aquí la corona clínica es menor que la corona anatómica.
- 2.- Segunda posición o etapa: de los 16 a los 30 años, la inserción epitelial comienza a emigrar hacia apical, pero todavía la corona clínica es menor que la corona anatómica.
- 3.- Tercera posición o etapa: de los 30 a los 40 años, la inserción epitelial sigue emigrando, pero la corona clínica es igual a la corona anatómica.
- 4.- Cuarta posición o etapa: de los 40 años a más, la inserción epitelial sigue migrando y la corona clínica es mayor que la corona anatómica, dando la impresión que la encía se ha retraído. (16)

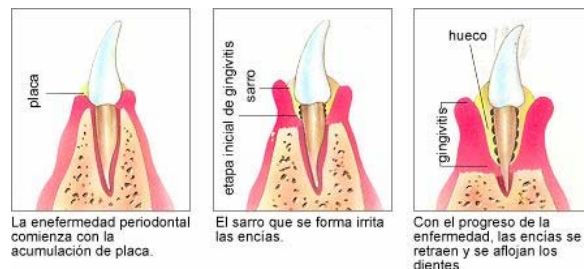


Superficie: No es lisa sino rugosa como la cáscara de una naranja, o sea que clínicamente se observa como punteada. Este se debe a la proyección de las papilas del Corion o tejido conjuntivo sobre el epitelio, siendo su función nutrir a las capas basales del epitelio gingival. (16)

Según Zappler describe que las encías del niño son con frecuencia más flácidas que las del adulto, y también que el tejido conjuntivo de la lámina propia es menos denso en los niños. En el adulto sano, el borde de las encías es puntiagudo, similar a la de un cuchillo; sin embargo, en los niños, durante el período de la erupción, las encías son gruesas y sus bordes son redondeados. (22)

V. ENFERMEDAD PERIODONTAL

Definición: La enfermedad periodontal es una enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes. (14, 19, 120)



Signos y síntomas: Los principales síntomas manifestados en la enfermedad periodontal son:

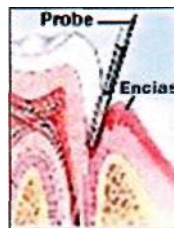
1. Encías rojas e hinchadas
2. Mal aliento (halitosis)
3. Sangre en las encías al lavarse los dientes
4. Sensibilidad a comida o líquidos fríos, calientes o dulces
5. Dientes con movilidad. (14, 19, 20)



Etapas de la enfermedad periodontal: Existen muchas formas de enfermedad periodontal. Entre las más comunes se incluyen las siguientes:

1. Gingivitis: La forma menos severa de la enfermedad periodontal. Provoca que las encías se pongan rojas, inflamadas y que sangren fácilmente. Normalmente hay poca, o ninguna, incomodidad en esta etapa. La gingivitis es reversible si es tratada profesionalmente y con un buen cuidado oral en casa. (14, 19,20)

2. Periodontitis ligera: Si la gingivitis no es tratada, puede progresar hacia una periodontitis. En esta etapa ligera del mal, la enfermedad periodontal empieza a destruir el hueso y el tejido que sostienen a los dientes.



3. Periodontitis moderada a avanzada: La periodontitis moderada a avanzada se desarrolla si las primeras etapas de la enfermedad pasan desatendidas. Ésta es la forma más avanzada de la enfermedad en donde ocurre una extensa pérdida de hueso y tejido. (14, 19,20)



4. Periodontitis juvenil: La periodontitis juvenil localizada (P JL) ocurre en adolescentes y se caracteriza por la rápida pérdida del hueso alrededor de los dientes permanentes. De manera irónica, los jóvenes con P JL forman muy poca placa dental o sarro. La periodontitis juvenil generalizada es considerada, por lo general, una enfermedad de adultos jóvenes, aunque puede iniciarse cerca de la pubertad. Se caracteriza por inflamación marcada y fuerte acumulación de placa y sarro. Las bolsas se pueden formar alrededor de los dientes afectados, llenándose de infección. Si no es tratada oportunamente, la infección puede conducir a la pérdida de hueso, lo que hace que los dientes se aflojen. (14, 19,20)



VI. GINGIVITIS



Concepto: Es una inflamación que afecta solamente los tejidos gingivales adyacentes a los dientes. Desde el punto de vista microscópico se caracteriza por un exudado inflamatorio, edema, cierto grado de destrucción de las fibras colágenas y gingivales y por ulceración y proliferación del epitelio que limita con el diente y que lo une a la encía. (22)

Clasificación: (24)

I.- Enfermedad gingival inducida por placa bacteriana únicamente.

A) Gingivitis simple

II.- Enfermedad gingival no inducida por placa bacteriana.

A) Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos:

a.- Asociadas con el sistema endocrino

1. Gingivitis asociada con la pubertad
2. Gingivitis asociada con el ciclo menstrual
3. Gingivitis asociada con el embarazo
4. Gingivitis asociada a diabetes mellitus

B) Enfermedad gingival modificada por medicamentos:

a.- Agrandamiento gingival influenciado por drogas

b.- Gingivitis influenciada por drogas

c.- Enfermedad gingival de origen fúngico: Eritema gingival lineal. (24)

Etiología: Debido a varios factores, es difícil reconocer los patógenos bacterianos de la enfermedad periodontal. En la actualidad se investigan las propiedades de dichos gérmenes que les permiten funcionar como patógenos en el medio periodontal. Sin embargo, aún cuando se lograron adelantos considerables en la comprensión de la etiología bacteriana de la



enfermedad periodontal, se ignora cual es la respuesta completa a la interrogante sobre que causa la enfermedad periodontal; aquí algunos factores: (16)

A) Factores etiologicos coiniciadores

I- Placa dental

- a) Placa especifica
- b) Placa no especifica

II. - Sarro

- a) Cálculo supragingival
- b) Cálculo subgingival

B) Factores iatrogénicos

I.-Márgenes de restauraciones

II.- Contorno

III. - Oclusión

IV.-Materiales.

V.- Diseño de P.P.R

VI.- Procedimiento de odontología restaurativa

C) Factores relacionados con la terapéutica ortodontica

I.- Retención de placa

II.- Irritación a partir de bandas de ortodoncia

III.- Reacción del tejido a las fuerzas ortodonticas

D) Factores locales:

I.- Impactación de alimentos

a) Dientes faltantes no reemplazados

II.- Extracción de terceros molares

III. - Maloclusión

IV. - Hábitos

a) Respiración bucal

b) Proyección lingual

V.- Uso de tabaco

VI.- Traumatismo por cepillado

VII- Irritación química

VIII.- Radiación



E) Factores sistémicos:

I.- Padecimientos nutricionales

- a) Carácter físico de la dieta
- b) Efecto de la nutrición sobre los microorganismos bucales
- c) Vitaminas liposolubles e hidrosolubles
- d) Deficiencia proteica
- e) Inanición
- f) Deficiencias y toxicidades minerales

II. - Trastornos endocrinos

- a) Hipotiroidismo
- b) Hiperpituitarismo
- c) Hipersecreción paratifoidea
- d) Diabetes sacarina
- e) Ciclo menstrual
- f) Embarazo
- g) Anticonceptivos hormonales
- h) Menopausia

III.-Enfermedades hematológicas

- a) Leucemia
- b) Anemia
- c) Púrpuras trombocitopénia

IV. - Padecimientos de inmunodeficiencia

- a) Trastornos de leucocitos
 - 1. Agranulocitosis
 - 2. Síndrome de Chédiak-Higashi

V. - Enfermedades por deficiencias de anticuerpo

- a) Agammaglobulinemia
- b) SIDA

VI. - Padecimientos cardiovasculares

- a) Arteriosclerosis
- b) Cardiopatía congénita

VII- Otros factores sistémicos

- a) Intoxicaciones por metal
- b) Enfermedades debilitantes
- c) Padecimientos psicosomáticos

VIII.-Factor hereditario(16)



Aspectos clínicos: Las primeras manifestaciones de la gingivitis consiste en ligeras alteraciones en el color del borde marginal de la encía que varía desde un tono ligeramente rosa hasta rojo o azul rojizo conforme la hiperemia y el infiltrado inflamatorio se hace más intenso. También hay sangrado proveniente del surco gingival después de una irritación leve. El edema, acompaña la respuesta inflamatoria, causa ligera hinchazón y pérdida del punteado normal característico. La inflamación de las papilas produce o da un aspecto bulboso. Este aumento favorece la colección de desecho, con incremento en la acumulación de bacterias, induciendo así mayor irritación gingival. (15)

En la gingivitis crónica avanzada puede haber supuración de la encía, que se manifiesta por la capacidad de exprimir pus del surco gingival al hacer presión. (15)

En los niños pequeños es frecuente una inflamación temporal cuando erupcionan los dientes deciduos. Esto se asocia con una erupción difícil y remite una vez que los dientes han salido. (22)

El adolescente joven puede presentar inflamación alrededor de los dientes en erupción. Esta causa en un principio ruptura del tejido, con reacción inflamatoria. La sensibilidad concomitante y la posición dental complican la higiene, y la inflamación continúa o empeora conforme se acumula placa. Esto se traduce a gingivitis por erupción y cede cuando se alcanza la posición oclusal normal. (23)



DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo de corte trasversal.

ÁREA DE ESTUDIO:

Escuela especial “LOS PASTORCITOS”, situada costado sur del asilo de ancianos 45 vrs abajo (Barrio Sutiava, León), a cargo de la Lic. Marlene Lujo Rodrigues; constituido por un colectivo capacitado, y ofreciendo los servicios de psico-pedagogía.

En esta institución son atendidos y capacitados 180 niños(as) con distintas capacidades especiales y únicamente se les brinda atención a los niños(as) menores de 18 años. Entre las capacidades diferentes que se encuentran en atención están:

- Parálisis cerebral.
- Deficiencia auditiva. (Leve, moderada, severa)
- Débil visual
- Deficiencia intelectual (disfunción escolar, déficit de aprendizaje, déficit de atención con hiperactividad, retardo mental leve)
- Síndrome de down.
- Otros (autismo)

Todo niño(a) con capacidad diferente que acude a este centro, es valorado(a) por un especialista en psico-pedagogía, para luego ser distribuido y remitido al área a que pertenece y dependiendo del tipo o grado de severidad de su discapacidad se le acondiciona un programa individual para su enseñanza y atención.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Todos los niños de 6 a 12 años con capacidades diferentes de la escuela especial Los Pastorcitos.

DELIMITACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO:

- Los niños que se incluyeron en este estudio fueron aquellos cuyos padres y/o tutores autorizaron la realización de un examen bucal.
- Los padres y/o tutores.



INSTRUMENTO:

Se utilizó dos tipos de instrumentos:

1. Fichas individuales (índice PMA) y ficha colectiva (índice C.P.O.D y ceo), en los cuales se plasmaron datos generales (edad, sexo, fecha, etc.) y que fueron aplicadas a los niños (as) con las distintas capacidades antes mencionadas para conocer el grado de gingivitis y el ataque de caries que ellos poseían.
2. Encuesta: esta se les realizó a los padres y/o tutores responsables de estos niños(as) para poder conocer la frecuencia de cepillado y de visitas al odontólogo. La encuesta realizada constó con dos preguntas redactadas de forma clara, con propósito de alcanzar los objetivos específicos propuestos. Cada pregunta de la encuesta tenía tres y cuatro posibilidades de respuesta las cuales se tenía que seleccionar una.

MÉTODO:

Para iniciar el estudio, primero se asistió a la escuela especial “Los Pastorcitos” de Sutiava para conversar con la directora de dicho centro, para informarle sobre el interés de los niños de la escuela para nuestro estudio y de nuestro interés propio hacia ellos para lograr capacitar a los padre y/o tutores acerca de cómo dar una mejor higiene oral a sus niños(as) a través de una charla.

Luego se visitó con una carta de solicitud dirigida a dicha directora, para que nos diera la autorización de realizar exámenes clínico-bucales a los niños(as) que se escogieran para el estudio y una encuesta a los padres y/o tutores de estos, los cuales se utilizaron para la recolección de datos del estudio a través de una fuente directa (examen clínico-bucal, encuesta).

Para el estudio se realizó un programa dividido en tres etapas:

1. Etapa de adaptación de los niños(as): para establecer confianza de ellos con el equipo investigativo, visitando cada aula para que estos fueran reconociendo y estableciendo amistad y buenas relaciones para así lograr mejor cooperación por parte de los niños(as).



Para realizar dicha etapa se visitó en el mes de enero 2007 cuatro veces el centro antes de recolectar los datos, en esta visita se obtuvo algunos datos personales (nombres, edades y capacidades diferentes) proporcionados por las educadoras de cada aula.

En esta misma etapa se les envió una nota a los padres y /o tutores solicitando autorización para realizar el examen clínico-bucal a sus hijos, adjunto la encuesta elaborada para ellos.

2. Etapa de ejecución: la recolección de datos para el estudio se empezó el 13 de febrero del 2007 y concluyó el 16 del mismo mes.

En este período se procedió a realizar la exploración clínico-bucal a los 60 niños(as) de la población; es decir se procedió a la recolección de los índices PMA, C.P.O.D y ceo.

Los métodos utilizados para dichos índices fueron:

Índice PMA

- Se realiza en el tejido gingival por mesiovestibular.
- Cada diente tiene un solo valor.
- Se comienza por la papila marginal y luego la encía adherida.

Índice C.P.O y ceo

- Se inicia de la pieza número 17, hasta llegar a la pieza número 27.
- Luego se examina la arcada inferior, de la pieza número 37 hasta llegar a la pieza número 47.

En dichos índices el mecanismo utilizado fué el siguiente:

1. Se le colocó una cubeta esmaltada con sustancia antiséptica con los espejos desde el centro a la derecha y los exploradores desde el centro hacia la izquierda.
2. Se toman del centro de la cubeta, el espejo y el explorador y se usan.
3. Una vez usados se lavan con agua.

Dichos exámenes se realizaron en sillas comunes y con iluminación natural buena.



3. Etapa de capacitación a los padres y/o tutores: en esta etapa se citó a los padres y/o tutores para impartirles una charla educativa acerca de la importancia de las visitas periódicas al odontólogo y de los métodos de higiene oral para prevenir el ataque de la caries dental y de la enfermedad periodontal.

Para esto contamos con un personal de tres recolectores que coordinaron y ejecutaron el proceso investigativo.

Dificultades durante el programa:

-Inasistencia de los niños(as) a la escuela

-Desinterés de los padres y/o tutores y asistencia casi nula a la cita para la realización de la encuesta. Una vez recolectados los datos de los 60 niños, se les envió una invitación a los padres y/o tutores para que asistieran a la escuela, donde se les impartió una charla cuyo tema fué; Higiene oral en un niño especial.



OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALORES
EDAD	Periodo de tiempo que una persona ha vivido, contando desde el nacimiento.	Numero de años cumplidos	De 6 a 12
SEXO	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres considerando numerosos criterios	Rasgos y características físicas	1. Masculino 2. Femenino
CARIES DENTAL	Es una enfermedad microbiana de los tejidos calcificados de los dientes, que se caracteriza por la desmineralización de la porción inorgánica y la destrucción de la sustancia orgánica del diente	Criterios de Índice C.P.O.D y ceo	1. Sano 2. Cariado 3. Perdido(CPO) 4. Extraído(ceo) 5. Obturado
GINGIVITIS	La forma menos severa de la enfermedad periodontal. Provoca que las encías se pongan rojas, inflamadas y que sangren fácilmente. Normalmente hay poca o ninguna, incomodidad en este etapa. La gingivitis es reversible si es tratada profesionalmente y con un buen cuidado oral en casa.	Criterios de Índice PMA	0 – Sano 1– Inflamación de papila 2– Inflamación encía papilar y marginal 3- Inflamación encía papilar, marginal y adherida
CAPACIDADES DIFERENTES	La discapacidad es: toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano	Archivo de la escuela	Capacidad diferente presente 1.Parálisis cerebral 2.Débil visual 3.Síndrome de Down 4.Deficiencia intelectual 5.Deficiencia auditiva
FRECUENCIA DEL CEPILLADO DENTAL	Es el número de veces en un período de tiempo en que se cepilla los dientes.	Encuesta a los padres y/o tutores	2 a 3 veces al día 1 vez al día 1 vez a la semana
VISITA AL DENTISTA	Cantidad de veces que asiste el paciente a la clínica dental en un período de tiempo	Encuesta a los padres y/o tutores	Revisión 1 a 2 veces al año Revisión 3 a 5 veces al año Nunca ha asistido al dentista Sólo acude por urgencias



Los índices utilizados tienen valores y criterios propios y específicos, los cuales se describen a continuación:

ÍNDICE PAPILAR, MARGINAL Y ADHERIDO (PMA) O DE SCHOUR Y MASSLER.

Schour y Massler introdujeron este método para determinar la gingivitis por observación del estado de cada unidad gingival alrededor de cada pieza, ofreciendo una visión parcial de la evolución de la enfermedad periodontal, es decir que se limita al estudio de determinada fase de la evolución de la enfermedad.

Mide el número de zonas inflamadas alrededor de un área predeterminada (tejido gingival mesiovestibular, abarca la papila mesial del diente más la encía marginal y la encía adherida.).

De éstas zonas predeterminadas se estudian:

P: afecciones de la papila interdental.

M: afecciones de la encía marginal.

A: afecciones de la encía adherida.

En estas tres porciones la afección que se necesita para dar un diagnóstico es la inflamación. Si no está afectada la encía papilar, no están afectadas las otras.

Estas porciones se consideran alteradas cuando existen:

1. Cambios de color.
2. Cambios en el contorno: encía abultada, crecida o retraída.
3. Cambios en la consistencia: no hay resiliencia.
4. Cambios en la superficie: lisa

El índice PMA, es el más indicado para ver la frecuencia epidemiológica de la gingivitis en personas de los 5 a los 20 años. (16, 25,31)

CRITERIOS.

0	No hay inflamación.
1	La inflamación está localizada en la papila interdental. Sitio de origen de la gingivitis.
2	Afectada la encía papilar y la encía marginal.
3	Afectación de las encías papilar, marginal y adherida.



CLASIFICACIÓN DEL PMA

Para su clasificación se utilizaron definiciones arbitrarias para describir su grado de severidad:

0.0	SANO
0.1 A 1.0	LEVE
1.1 A 2.0	MODERADA
2.1 A 3.0	SEVERA

ÍNDICE C. P. O. D. (KLEIN y PALMER).

El índice C.P.O.D es la media aritmética que resulta de contar el número total de dientes permanentes atacados por la caries dental y dividida entre el número de individuos examinados.

Constituye el índice de mayor uso, mayor posibilidades y el más valioso para la odontología sanitaria. Al aplicarlo a una comunidad se obtiene la historia anterior y actual.

C: cariado
P: perdido.
O: obturado.

ÍNDICE c. e. o. (GRUEBBEL)

Se expresa en promedios. Es la media aritmética que resulta de contar el número de dientes temporales atacados por la caries dental, sobre el número de niños examinados. Su aplicación establecerá la historia anterior y la actual de la caries dental en la dentición temporal.

c: cariado.
e: extracción indicada.
o: obturado.

CRITERIOS PARA C.P.O.D Y ceo.

Cada diente recibe una sola clasificación.

1. **CARIADO:** Presenta evidencia de esmalte socavado y presencia de una cavidad definida donde el explorador penetra.



A- Fosas y fisuras: están cariadas cuando la punta del explorador se retenga, pero deben estar presentes las siguientes condiciones:

- a- Que exista la presencia de tejido cariado blando.
- b- Cuando exista opacidad del esmalte.

B- Superficies proximales: Cuando al pasar un explorador en sentido cérvico oclusal, penetre y quede retenido.

C- Cuando en una restauración el explorador penetre entre el diente y la restauración.

D- Una pieza obturada temporalmente con óxido de zinc y eugenol es considerada cariada.

2. OBTURADA: Cuando el diente se presente con una restauración u obturación de tipo definitivo tales como: oro, amalgama, resina, porcelana, etc.

Cuando un diente se encuentra obturado o restaurado con puntos de contacto defectuosos pero no hay penetración del explorador entre el diente y la restauración se considera obturado.

3. PERDIDO: Cuando el diente no esté presente en la cavidad oral en una fecha posterior a su erupción y se remita como causa de extracción la caries dental. Este concepto no se usa para dientes temporales.

4. EXTRACCIÓN INDICADA: Cuando el diente presente una cavidad en la que, a juicio del examinador, la caries halla llegado a la cámara pulpar; o bien, que al tratar de eliminar esa caries se llegue a la cámara pulpar. Cavidad extremadamente profunda llena de material reblandecido. (c.e.o). este concepto no se usa para dientes permanentes.

OBSERVACIONES.

1. Cada diente recibe una sola clasificación.
2. Cuando un diente se presente obturado en cierta superficie y cariado en otra superficie, se toma como cariado.
3. No se consideran como obturados o extraídos aquellos dientes que lo fueron por otra causa que no sea caries dental (enfermedad periodontal, traumatismos, ortodoncia, fines protésicos.)



4. Un diente se considera erupcionado en la cavidad oral cuando el borde incisal o cualquiera de las cúspides de los premolares y molares haya traspasado o roto la fibromucosa gingival y pueda ser tocada con la punta del explorador, no es necesario que esté todo el diente presente.
5. Aquellos niños que presenten aparatos ortodóncicos en más de un diente son eliminados inmediatamente del estudio.
6. En caso de dudas entre sano y cariado se toma como sano y en caso de dudas entre cariado y extracción indicada se toma como cariado.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE CARIES (SEGÚN LA OMS).

ÍNDICE C.P.O/ ceo.	CLASIFICACIÓN
0.0 a 1.1.....	Muy leve.
1.2 a 2.6.....	Leve.
2.7 a 4.4.....	Moderado
4.5 a 6.5.....	Severo.
6.5 a más.....	Muy severo

MATERIALES, EQUIPOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS.

- 1- Instrumentos: Espejo Bucal.
Pinza para algodón
Explorador N°5
Pera de aire pediátrica
Cubetas esmaltadas
- 2- Materiales: Guantes descartables.
Algodón
Nasobucos.
Gabachas.
Solución de Glutaraldehido
Lápiz de grafito y borrador.
Fichas recolectoras de datos.
Jabón y toalla de manos.
- 3-Equipo: Computadora, Diskettes, Calculadora.
Programas: Microsoft Word 2003.



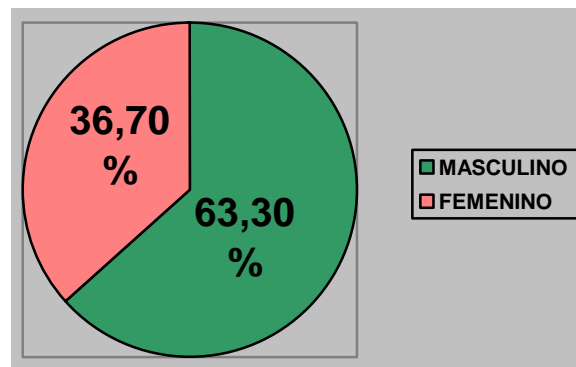
PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN:

Una vez recopilado los datos se elaboró una matriz (tabla) en la cual se especificaron las variables medidas. Los datos cualitativos y cuantitativos obtenidos se agruparon en clases, registrando en cada clase su frecuencia, compréndase por ello el número de observaciones que pertenecen a ellos. Para el análisis estadístico de los resultados se aplicó la frecuencia absoluta y relativa, dichos resultados fueron plasmados en gráficos estadísticas con el cruce de variables respectivo de acuerdo a lo indicado en los objetivos.



RESULTADOS

GRAFICO N° 1: Niños con capacidades diferentes según sexo de la escuela especial “Los Pastorcitos”, León. 2007.



En el presente estudio se examinaron 60 niños con capacidades diferentes en edades de 6 a 12 años de la ciudad de León, Nicaragua; el 63.3 % fueron varones y el 36.7% correspondió a las mujeres.



TABLA N° 1: Niños con capacidades diferentes en la escuela especial “Los Pastorcitos”, León. 2007.

CAPACIDAD DIFERENTE	TOTAL DE NIÑOS	PORCENTAJE
DEFICIENCIA INTELECTUAL	24	40 %
DEFICIENCIA AUDITIVA	10	16.6 %
PARÁLISIS CEREBRAL	8	13.3 %
SÍNDROME DE DOWN	15	25 %
DÉBIL VISUAL	3	5 %
TOTAL.	60	100 %

Fuente: Secundaria

Los niños con capacidades diferentes examinadas en este estudio el 40 % lo constituyen niños con Deficiencia Intelectual entre las que se encuentran casos con disfunción escolar, déficit de aprendizaje, déficit de atención con hiperactividad, retardo mental leve, el 25 %, niños con Síndrome de Down, 16.6 % con Deficiencia Auditiva, 13.3 % con Parálisis Cerebral y un 5 % niños con Deficiencia visual.



TABLA N° 2: Niños con capacidades diferentes según edad en la escuela especial “Los Pastorcitos”, León. 2007.

CAPACIDAD DIFERENTE	EDAD							TOTAL
	6	7	8	9	10	11	12	
DEFICIENCIA INTELECTUAL	3	3	0	2	4	2	10	24
DEFICIENCIA AUDITIVA	2	1	0	1	2	1	3	10
PARÁLISIS CEREBRAL	1	1	2	2	1	0	1	8
SÍNDROME DE DOWN	3	2	2	1	0	4	3	15
DÉBIL VISUAL	0	0	0	0	1	1	1	3
TOTAL	9	7	4	6	8	8	18	60

Fuente: Secundaria

Se encontró un mayor número de niños con capacidades diferentes a la edad de 12 años y el número menor de casos a los 8 y 9 años de edad.



TABLA N° 3: Niños con capacidades diferentes según sexo en la escuela especial “Los Pastorcitos”, León. 2007.

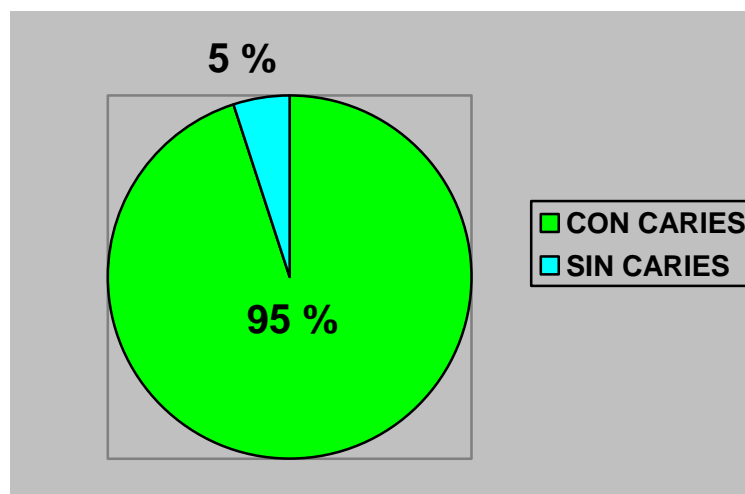
CAPACIDAD DIFERENTE	SEXO		TOTAL
	F	M	
DEFICIENCIA INTELECTUAL	8	16	24
DEFICIENCIA AUDITIVA	5	5	10
PARÁLISIS CEREBRAL	2	6	8
SÍNDROME DE DOWN	6	9	15
DÉBIL VISUAL	1	2	3
TOTAL.	22	38	60

Fuente: Secundaria

Un mayor número de niños con capacidades diferentes se encontró en el sexo masculino con una frecuencia de 38 y de 22 casos en el sexo femenino.



GRAFICO N° 2: Caries Dental en niños con capacidades diferentes en la escuela especial “Los Pastorcitos”, León. 2007.



Se encontró un 95 % de los niños con capacidades diferentes que presentaban caries dental, estando casi toda la población afectada.



TABLA N° 4: Caries Dental según sexo en niños con capacidades diferentes en la escuela especial “Los Pastorcitos”, León. 2007.

SEXO	TOTAL DE NIÑOS	CARIES			
		SI	%	NO	%
MASCULINO	38	36	94.7	2	5.3
FEMENINO	22	21	95.45	1	4.55

Fuente: Primaria

Un 95.45 % de las mujeres presentaron caries dental y un 94.7 % de los varones.



TABLA N° 5: Caries Dental según edad en niños con capacidades diferentes en la escuela especial “Los Pastorcitos”, León. 2007.

EDAD	TOTAL DE NIÑOS	CARIES			
		SI	%	NO	%
6	9	8	88.8	1	11.2
7	7	7	100	0	0
8	4	3	75	1	25
9	6	6	100	0	0
10	8	8	100	0	0
11	8	8	100	0	0
12	18	17	99.4	1	0.6

Fuente: Primaria

Se encontró un elevado número de niños con caries dental en las diferentes edades, cuyo porcentaje más bajo fué a los 8 años con un 75% y de un 100 % a las edades de 7, 9, 10 y 11 años. El número de niños libres de caries es bajo a los 6, 8 y 12 años y prácticamente nulo en los niños de 7, 9, 10 y 11 años.



TABLA N° 6: Caries Dental en niños con capacidades diferentes en la escuela especial “Los Pastorcitos”, León. 2007.

CAPACIDAD DIFERENTE	TOTAL DE NIÑOS	CARIES			
		SI	%	NO	%
DEFICIENCIA INTELECTUAL	24	24	100	0	0
DEFICIENCIA AUDITIVA	10	9	90	1	10
PARÁLISIS CEREBRAL	8	7	87.5	1	12.5
SÍNDROME DE DOWN	15	15	100	0	0
DÉBIL VISUAL	3	2	66.6	1	33.4

Fuente: Primaria

Un 100 % de los niños con Síndrome de Down y Deficiencia Intelectual presentaron Caries Dental, así como un 90 % de los niños con Deficiencia Auditiva, un 87.5 % de los casos de Parálisis Cerebral y un 66.6 % de los niños con Deficiencia Visual



TABLA N° 7: Índice C.P.O.D y ceo por sexo en niños con capacidades diferentes en la escuela especial “Los Pastorcitos”, León. 2007.

SEXO	TOTAL DE NIÑOS	PROMEDIO C.P.O.	PROMEDIO c.e.o	CPO/ceo
MASCULINO	38	4.97	4.63	9.6
FEMENINO	22	5.18	2.54	7.72

Fuente: Primaria

Se encontraron valores promedio del índice de caries elevados con 9.6 en el sexo masculino y un 7.72 en el sexo femenino, con promedios más bajos en la dentición temporal.



TABLA N° 8: Índice C.P.O.D y ceo por edad en niños con capacidades diferentes en la escuela especial “Los Pastorcitos”, León. 2007.

EDAD	TOTAL DE NIÑOS	C	P	O	CPO	c	e	o	ceo	CPO/ceo
6	9	1.2	0.0	0.0	1.2	6.6	0.0	0.0	6.6	7.8
7	7	1.42	0.0	0.0	1.42	8.42	0.0	0.0	8.42	9.84
8	4	3.0	0.0	0.0	3.0	2.5	0.0	1.25	3.75	6.75
9	6	5.8	0.0	0.0	5.8	5.16	0.0	0.0	5.16	10.96
10	8	5.3	0.0	0.0	5.3	4.87	0.0	0.0	4.87	10.17
11	8	5.25	0.0	0.0	5.25	2.87	0.0	0.0	2.87	8.12
12	18	8.33	0.0	0.0	8.33	0.38	0.0	0.0	0.38	8.68

Fuente: Primaria

En los niños de 6 años de edad el índice C.P.O.D fué de 1.2 y conforme avanza la edad va aumentando hasta que a los 12 años es de 8.33. El índice ceo a los 6 años fué de 6.6, la literatura señala que a medida que avanza la edad los valores del índice disminuyen, en este estudio se encontró un aumento a los 7 y 9 años en relación con el año inmediato inferior. Al analizar los componentes de los índices de caries se encontró que el componente “diente cariado” fué el que contribuyó con el 100 % del porcentaje al índice total, ya que no hubo valor alguno en los componentes “perdido y obturado”, en dentición permanente. En dentición temporal se encontró un 1.6 % de la población en estudio con atención de odontología restaurativa, siendo este un niño.



TABLA N° 9: Índice C.P.O.D y ceo en niños con capacidades diferentes en la escuela especial “Los Pastorcitos”, León. 2007.

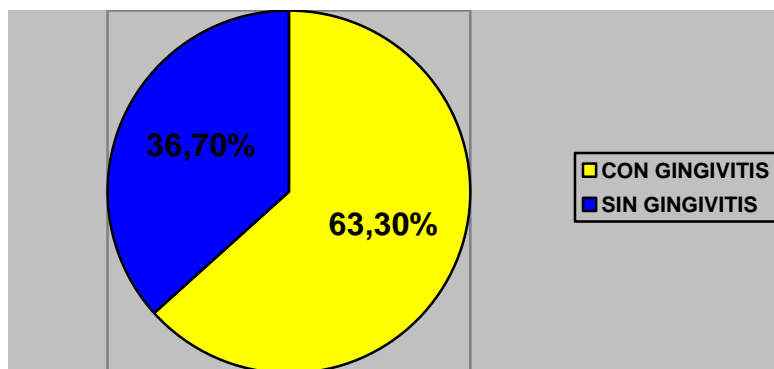
CAPACIDAD DIFERENTE	TOTAL DE NIÑOS	PROMEDIO C.P.O.	PROMEDIO c.e.o.	CPO/ceo
DEFICIENCIA INTELECTUAL	24	5.91	3.0	8.91
DEFICIENCIA AUDITIVA	10	6.6	3.8	10.4
PARÁLISIS CEREBRAL	8	3.62	4.87	8.47
SÍNDROME DE DOWN	15	4.0	5.13	9.13
DÉBIL VISUAL	3	2.0	2.6	4.6

Fuente: Primaria

Se encontró valores de los índices CPO/ceo de 10.4 en Deficiencia Auditiva, 9.13 Síndrome de Down, 8.91 Deficiencia Intelectual, 8.47 Parálisis Cerebral y el valor más bajo en niños con Deficiencia Visual.



GRAFICO N° 3: Gingivitis en niños con capacidades diferentes en la escuela especial “Los Pastorcitos”, León. 2007.



Se encontró gingivitis en un 63.3 % en niños con capacidades diferentes.



TABLA N° 10: Gingivitis en niños con capacidades diferentes según sexo en la escuela especial “Los Pastorcitos”, León. 2007

SEXO	TOTAL DE NIÑOS	GINGIVITIS				PROMEDIO PMA
		SI	%	NO	%	
MASCULINO	38	23	60.5	15	39.5	0.48
FEMENINO	22	15	68.18	7	31.82	0.34

Fuente: Primaria

El 68.18 % de las mujeres presentaban gingivitis y el 60.5 % de los varones. Los promedios del índice PMA fueron de 0.48 para varones y 0.34 para las mujeres.



TABLA N° 11: Gingivitis en niños con capacidades diferentes según edad en la escuela especial “Los Pastorcitos”, León. 2007

EDAD	TOTAL DE NIÑOS	GINGIVITIS				PROMEDIO PMA
		SI	%	NO	%	
6	9	5	55.5	4	44.5	0.72
7	7	4	57.1	3	42.9	0.12
8	4	4	100	0	0	1.07
9	6	5	83.3	1	16.7	0.50
10	8	4	50	4	50	0.43
11	8	6	75	2	25	0.68
12	18	11	61.1	7	38.9	0.38

Fuente: Primaria

La edad que presentó mayor porcentaje de gingivitis fué a los 8 años con un 100 %, seguido por los de 9 años con 83.3 %, y las que presentaron menor porcentaje fueron 6 y 10 años con 55.5% y 50 % respectivamente. Respecto al promedio PMA la edad de 8 años presentó 1.07, siendo el promedio más alto y la edad de 7 años fué la de menor promedio con 0.12.



TABLA N° 12: Gingivitis en niños con capacidades diferentes en la escuela especial “Los Pastorcitos”, León. 2007

CAPACIDAD DIFERENTE	TOTAL DE NIÑOS	GINGIVITIS				PROMEDIO PMA
		SI	%	NO	%	
DEFICIENCIA INTELECTUAL	24	18	75	6	25	0.33
DEFICIENCIA AUDITIVA	10	5	50	5	50	0.39
PARÁLISIS CEREBRAL	8	4	50	4	50	0.57
SÍNDROME DE DOWN	15	11	73.3	4	26.7	0.54
DÉBIL VISUAL	3	0	0	3	100	0.0

Fuente: Primaria

Un 75 % de los niños de Deficiencia Intelectual presentaron gingivitis, los de Síndrome de Down la presentaron en un 73.3 %, y siendo nula la presencia de esta en los de Débil Visual. Respecto al promedio del índice de PMA, los niños de Parálisis Cerebral obtuvieron 0.57, siendo este el mayor, seguido por los de Síndrome de Down con 0.54 y siendo el menor promedio los de Débil Visual con 0.0 por no presentar casos.



TABLA N° 13: Frecuencia de cepillado dental en niños con capacidades diferentes de la escuela “Los Pastorcitos”. León, 2007.

FRECUENCIA DE CEPILLADO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
2 A 3 VECES AL DIA	24	40
1 VEZ AL DIA	32	53.3
1 VEZ A LA SEMANA	0	0
NO CONTESTARON	4	6.7
TOTAL	60	100

Fuente: Primaria

De la encuesta realizada a los padres de familia se obtuvo que la mayoría de los niños se cepillan los dientes una vez al día, siendo el 53.3 %, de 2 a 3 veces al día un 40 % y un 6.7 % que no contestaron pertenecientes a los padres de los niños con Síndrome de Down.



TABLA N° 14: Número de visitas al dentista en niños con capacidades diferentes de la escuela “Los Pastorcitos”. León, 2007.

VISITAS	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
REVISIÓN 1 A 2 VECES AL AÑO.	14	23.3
REVISIÓN 3 A 5 VECES AL AÑO.	2	3.3
NUNCA HA ASISTIDO AL DENTISTA.	9	15
SOLO ACUDE POR URGENCIAS	31	51.6
NO CONTESTARON	4	6.7
TOTAL	60	100

Fuente: Primaria

La mayoría de los niños solo acude al dentista por urgencias siendo el 51.6 %, un 23.3 % de 1 a 2 veces al año, un 15 % nunca ha asistido al dentista, un 3.3 % de 3 a 5 veces al año y el 6.6 % que no contestaron pertenecientes a los padres de los niños con Síndrome de Down.



DISCUSIÓN

La prevalencia de caries dental en este estudio fué de un 95 %, tan alta como la reportada por Álvarez A. y col., en México, en el cual se identificaron las patologías bucales más frecuentes en 100 personas con capacidades diferentes, encontrándose en un 100 % la caries dental; en cambio la gingivitis obtuvo un segundo lugar con 68 %, estos datos son similares a los encontrados en este estudio que fué de 63.3 %. Esto difiere de otro estudio realizado por Brown y Cunningham, en Estados Unidos en el que reportaron una alta prevalencia de enfermedad periodontal y un alto número de pacientes que no presentaron caries dental.

Respecto a las capacidades diferentes se esperó obtener un mayor número de casos de caries dental y gingivitis en los niños que presentaban capacidades motoras más limitantes, por ejemplo, Parálisis Cerebral, lo cual sorprendió ya que presentaron menos frecuencia de caries dental, los datos de este estudio podrían deberse al papel que desempeñan los padres, ya que por su afección dependen de la familia en forma fundamental, convirtiéndose en colaboradores efectivos. Los casos de caries y gingivitis en niños con Síndrome de Down y Deficiencia Intelectual, llaman un poco la atención, puesto que los niños con Síndrome de Down, que son estimulados tempranamente, educados e integrados a la sociedad pueden en gran medida aportar a mantener su salud bucal. Los casos de Deficiencia Intelectual hay que considerar que algunas manifestaciones de esta discapacidad es que el niño tiende a ser olvidadizo, no recuerda lo que se le ha encargado, es inconstante, es decir pasa fácilmente de una actividad a otra, por lo que puede ser más difícil inculcar “hábitos de higiene bucal” debiendo contar siempre con el apoyo de la familia.

En cuanto al género, en diferentes estudios de incidencia la caries dental es mayor en las niñas que en los niños de la misma edad. En el presente estudio la mayor prevalencia de caries dental se presentó en el sexo femenino (95.45 %), esto podría ser debido a que el tiempo de erupción dentaria es más temprano con respecto al sexo masculino, porque en las niñas los dientes erupcionan más tempranamente, y por ende la dentición tiene mayor tiempo de exposición al medio bucal. Es importante recordar que cuando los dientes están en el medio ambiente oral pueden ocurrir dos situaciones, un cambio positivo hacia un esmalte más maduro y mejor mineralizado, o un cambio negativo hacia caries dental y erosión.



La maduración post-eruptiva se alcanza en un período de dos años, desde que la pieza comienza su erupción hasta que alcanza la oclusión con los antagonistas, por lo que hay que educar a los padres de estos pacientes para que sepan cuando erupcionan los molares permanentes.

La edad en la cual se encontró mayor afectación de caries dental fué a los 9 años clasificándose en ambas denticiones según criterios de la Organización Mundial de la Salud como severa. Se ha señalado que los índices C.P.O.D y CPOS aumentan significativamente durante la erupción de los molares permanentes los picos de caries dental ocurren a los 7 años y 12 o 13 años, esto se debe a la erupción de los molares inmaduros de la superficie. En este estudio se encontró que los niños de 7 y 12 años presentaron caries dental en un 100 % y 99.4 % respectivamente, con valores de CPO/ceo de 9.84 y 8.68.

Se preguntó sobre la frecuencia de cepillado oral a los padres y/o tutores de las personas sujetas al estudio, con las respuestas obtenidas la mayoría señaló que el cepillado oral lo hacían 1 vez al día (53.3 %) y 2 a 3 veces al día (40 %). La exploración clínica no reflejó dichas respuestas, ya que se sabe que aunque en la aparición de patologías bucales son varios los factores que intervienen en ella, también es cierto que una adecuada higiene oral constituye el principal factor para prevenir dichas patologías. Por eso existe una enorme diferencia entre lo que se debe hacer y lo que se hace, ya que aunque los padres saben que hay que cepillarse por lo menos 2 veces al día, no lo hacen.

Del número de visitas al odontólogo, si bien es cierto la mayoría señala que sólo acude en casos de urgencia (51.6 %), un 23.3 % señala ir 1 a 2 veces al año y un 3.33 % de 3 a 5 veces, la exploración clínica no confirma estas respuestas ya que todas las personas con capacidades diferentes analizadas en este estudio, solo un caso de un niño con Síndrome de Down se encontró con piezas dentales obturadas, no encontrándose ningún caso con el componente “extraído”, lo que refleja una ausencia completa de servicios de atención dental, tales como extracción, restauraciones de amalgama, resina, SFF, etc.



CONCLUSIONES

1. Se encontró que en frecuencia de caries dental y gingivitis los valores más altos lo presentó el sexo femenino.
2. En todas las edades se encontraron altos porcentajes de caries dental; y de gingivitis sobre todo a los 8 y 9 años.
3. Que los niños con capacidades diferentes analizados en este estudio reflejan altas frecuencias de caries dental y gingivitis, particularmente los casos de Síndrome de Down y Deficiencia Intelectual.
4. Los datos brindados por la familia acerca de la frecuencia de cepillado dental y de visitas al dentista no se ven reflejados en el estado de su cavidad oral, ya que solo un caso había recibido atención odontológica restauradora.



RECOMENDACIONES.

1. Aportar a que la consigna: “Salud Bucal para el tercer milenio también para los pacientes especiales y portadores de discapacidades”, se haga realidad. La Facultad de Odontología de la UNAN-León podría implementar un programa de “Educación para la salud bucodental de los pacientes especiales” como parte de la formación profesional, coherente con las necesidades del país.
2. Realizar convenios con instituciones (Los Pipitos, Escuelas Especiales, etc.) que permitan a los futuros profesionales comenzar desde el pregrado a conocer que sucede en el país en los aspectos de salud bucal de las personas con capacidades diferentes.
3. Que la atención primaria de salud en pacientes con capacidades diferentes tendrá que ser fruto de una política nacional o de una acción donde el estado se comprometa mediante la implementación de leyes específicas para esta rama de la salud pública.



BIBLIOGRAFÍA.

1. Iruretagoyena, Marcelo. El paciente especial en la clínica dental.
2. Ravaglia, Clemente. Pacientes especiales o discriminación.
3. Bed dental. La salud bucodental de los pacientes discapacitados y / o especiales.
4. Rodríguez, Maria y col. Prevalencia y necesidades de tratamiento periodontal en escolares discapacitados de la escuela especial Sutiava de León. 1993.(Trabajo monográfico)
5. Navarrete, Leonel y col. Estado de salud oral en niños y niñas con Síndrome de Down en centros especializados de León, Chinandega, Managua, Esteli y Masaya. 1995. (Trabajo monográfico)
6. Gutiérrez, Celestina y col. Capacidad media de salud del primer molar permanente en escolares de 5 a 16 años de la escuela especial de Sutiava. 1995. (Trabajo monográfico)
7. Gonzáles, Miguel y col. Estado de salud oral en niños de 6 a 15 años de la escuela especializada Ángela Morales de la ciudad de León. 1995. (Trabajo monográfico)
8. Berrios, Alejandra y col. Capacidad media de salud del primer molar permanente y grado de higiene oral, en escolares del centro especial Rafael Darbellos de la ciudad de Chinandega en edades de 6 a 24 años. 1997.(Trabajo monográfico)
9. Uriarte, Andrea y col. Estado de salud oral de niños discapacitados de la asociación Los Pipitos de 6 a 12 años y niños sin discapacidad de la ciudad de León. 2000. (Trabajo monográfico)
10. Zeledón Rivera, Heidy y col. Capacidad media de salud de los primeros molares permanentes en niños discapacitados entre las edades de 6 a 12 que acuden al centro de rehabilitación Los Pipitos, León. 2002. (Trabajo monográfico)
11. Duarte Torres, Jaharia y col. Estado de salud oral en niños y niñas con y sin Síndrome de Down en edades de 6 a 13 años en la escuela especial de Sutiava y escuela estatal Modesto Armijo. 2003 .(Trabajo monográfico)



12. Delgado Pichardo, Yasmina y col. **Grado de higiene bucal de los niños y niñas con Síndrome de Down y nivel de conocimiento de los responsables de estos niños, antes y después de la implementación de un programa sobre educación en higiene oral, centro asistencial Los Pipitos, León.** 2005. (Trabajo monográfico)
13. **Enfermedades no contagiosas de la infancia.** 21 de febrero de 1998. www.html.rincondelvago.com
14. **Enfermedad periodontal.** 2006. México DF. www.tusalud.mx.com
15. Shafer W.G, Levy B.M, "**Tratado de Patología Bucal**". 4ta ed. Editorial Nueva editorial interamericana s.a.de c.v., 1990.
16. Carranza-Newman. **Periodontología Clínica.** 8 ed. McGraw-Hill. Interamericana. 1998.
17. Lindhe J. Periodontología. **Clínica e Implantología Odontológica.** 3ra ed. Editorial Médica Panamericana. 2001
18. Tan Castañeda, Dra. Nuvia. **Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica odontológica integral.** Facultad de Estomatología. La Habana Cuba, bvs.sle.cu/revistas. 20 de julio del 2001.
19. **¿Que es la enfermedad periodontal?** The American academy of periodontology. Junio 20, 2003. www.perio.org
20. **Enfermedad periodontal.** Cincinnati, Oh.1993. www.dentalcare.com
21. Álvarez Aquino, Contreras Brenda y co. **Estado de la salud bucodental en pacientes con capacidades diferentes y sus diversas patologías.** [http://Estado de salud buco dental. Htm.](http://Estado%20de%20salud%20bucodental.htm)
22. Ralph E. McDonald. **Odontología Pediátrica y Del Adolescente.** 6ta ed. Editorial Mosby.
23. Pinkhan J.R. **Odontología Pediátrica.** 2 ed. Editorial interamericana McGraw-Hill. México, DF. 1996.
24. Chiong, Dra. Mima. **Clasificación de la enfermedad periodontal.** Facultad de odontología. UNAN-León. 2004.
25. Lugo, Dr. Rodolfo. **Índices de prevalencia de caries dental (C.P.O/ceo) y enfermedad periodontal (PMA).** Facultad de odontología. UNAN León. 2006

Caries Dental y Gingivitis en niños con capacidades diferentes de la escuela especial “Los Pastorcitos” (Sutiava) entre las edades de 6 a 12 años, León. Enero-Febrero, 2007.



26. Sanjuán, Mario Alonso; López, Pilar Ibáñez. **Las Minusvalías.** Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid, España. Editorial Matéu Cromo Artes Graficas, S.A. 5ta. Edición. 1990.

27. Pazos, Ethel. **La verdad sobre el déficit atencional: conflicto íntimo, familiar y escolar.** San José, Costa Rica. Editorial Guayacán Centroamericana S.A. 1996

28. Castro Delgado, Dra. Iliana. **Déficit atencional e hiperactividad.** Costa Rica. 2002

29. Wilson, Jean D. y col. **Harrison: Principios de Medicina Interna.** 12 edición. Editorial Interamericana McGraw-Hill. México. 1991

30. Océano Mosby. **Diccionario de Medicina.** Editorial Océano. Barcelona, España. 1996

31. Finn, Sinney B. y col. **Odontología Pediátrica.** 4ta Edición. Nueva editorial interamericana S.A. de C.V. México, D.F. 1982



ANEXOS

FICHA No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEÓN.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

GINGIVITIS EN NIÑOS CON CAPACIDADES DIFERENTES QUE
ASISTEN A LA ESCUELA ESPECIAL "LOS PASTORCITOS". SUTIAVA, LEÓN. ENERO –
FEBRERO, 2007

Nombre: _____ Edad. : _____ Sexo: _____

Fecha _____

C.D. presente (s) : _____ N° de dientes : _____

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



FICHA No. 2
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
 UNAN-LEÓN.
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
 CARIES EN NIÑOS CON CAPACIDADES DIFERENTES QUE ASISTEN A LA
 ESCUELA ESPECIAL "LOS PASTORCITOS". SUTIAVA, LEÓN. ENERO – FEBRERO, 2007

Ficha N°-----Ciudad----- Edad-----
 Fecha----- Clase----- Sexo-----
 Escuela-----Examinador -----Total de niños-----

Nombre	Dientes permanentes.					Dientes temporales				Observaciones
	C	P	O.		C.P.O	c	e	o	ceo	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
TOTAL										

ENCUESTA.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEÓN.
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ENCUESTA REALIZADA A LOS PADRES Y/O TUTORES DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LA ESCUELA ESPECIAL "LOS PASTORCITOS." SUTIAVA, LEÓN.
ENERO – FEBRERO, 2007

POR FAVOR MARQUE CON UNA X SU RESPUESTA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

1.- ¿Qué cantidad o número de veces al día su niño se cepilla los dientes?

a) 2 a 3 veces al día_____

b) 1 vez al día_____

c) 1 vez a la semana_____

2.- ¿Cuántas veces su niño visita al dentista en un año?

a) 1 a 2 veces al año_____

b) 3 a 5 veces al año_____

c) Nunca ha asistido al dentista_____

d) Solo acude por urgencias_____

GLOSARIO.



ARBITRIO: Facultad que tiene la voluntad de elegir o de determinarse.

CUADRIPLÉGIA: Trastorno que se caracteriza por parálisis de los brazos, las piernas y el tronco por debajo del nivel de la lesión producida en la médula espinal. La causa más frecuente suele ser un traumatismo.

ECOLALIA: Repetición automática y carente de sentido de las palabras o frases de otras personas.

ESCLEROSIS: Trastorno caracterizado por endurecimiento de los tejidos debido a distintas causas como inflamación, depósito de sales minerales e infiltración en las fibras conjuntivas.

ESCRITURA DE BRAILLE: Sistema de impresión para invidentes a base de puntos o pequeños relieves elevados que pueden leerse utilizando el tacto.

HEMIPLÉJIA: Parálisis de un lado del cuerpo. Tipo: H. cerebral, H. facial, H. infantil, H. espástica.

HIPOPLASIA: Desarrollo incompleto o deficiente de un órgano o tejido, habitualmente a causa de un descenso en el número de células.

INANICIÓN: Estado de máxima debilidad resultante de la falta de ingestión de alimentos y agua o de su asimilación.

PARAPLEJÍA: Proceso caracterizado por la pérdida de movilidad y sensibilidad en las extremidades inferiores. Puede afectar o no a los músculos dorsales y del abdomen y producir parálisis completa o incompleta.

pH: Escala que representa la acidez o alcalinidad relativa de una solución en el cual 7.0 es el valor neutro, por debajo de 7.0 se encuentran los valores ácidos y por encima de 7.0, los alcalinos.

PROTEÓLISIS: Proceso que consiste en la lisis de una molécula proteica mediante la adición de agua.

QUELACIÓN: Reacción química en la que se produce un complejo molecular anular con un metal, quedando éste firmemente ligado y secuestrado en el mismo.

SÍNDROME: Complejo de signos y síntomas resultantes de una causa común o que aparecen en combinación como expresión del cuadro clínico de una enfermedad o de una alteración hereditaria.