

309
2.5.84

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA U.N.A.M.

**Estudio del Control Personal de Placa en Niños
del Centro de Rehabilitación para
Invidentes, A. C.**

T E S I S

QUE PARA SUSTENTAR EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA LA PASANTE

SOFIA OTERO VASQUEZ

San Juan Iztacala

Edo. de México

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

| | <u>Pág.</u> |
|--|-------------|
| INTRODUCCION | 6 |
| CAPITULO I | |
| Diferentes métodos de C.P.P. | 7 |
| 1.1 ¿Qué es la P.D.B.? | 7 |
| 1.2 ¿Qué es el C.P.P.? | 7 |
| 1.3 Material para el control personal de placa | 8 |
| 1.4 Cómo realizar el C.P.P. | 9 |
| CAPITULO II | |
| Características específicas de los niños invidentes | 18 |
| 2.1 Diferentes conceptos de ceguera | 18 |
| 2.2 Tipos y causas de ceguera | 19 |
| 2.3 Desarrollo de los sentidos | 19 |
| CAPITULO III | |
| Control personal de placa en niños invidentes | 21 |
| 3.1 Cómo realizar el C.P.P. en niños invidentes | 21 |
| 3.2 Motivación a los maestros y a los padres como auxiliares en el C.P.P. | 23 |
| CAPITULO IV | |
| Estudio realizado en niños del Centro de Rehabilitación para Invidentes, A. C. | 25 |
| 4.1 Elaboración del odontograma y aplicación de éste | 25 |
| 4.2 Definición de índice parodontal | 27 |
| 4.3 Índice que aplicamos | 31 |
| 4.4 Resultados | 31 |
| CONCLUSIONES | 37 |
| BIBLIOGRAFIA | 38 |

INTRODUCCION

En la práctica diaria del odontólogo, debe incluirse también al niño atípico.¹ En su totalidad los niños atípicos forman una población pequeña y hay que tomarlos en cuenta como nuestros posibles pacientes.

El niño atípico necesita: trato, preparación y un tiempo mayor si se le compara con un niño normal.

Los problemas dentales que afectan a estos niños son los mismos que presentan los niños normales, aunque generalmente son más severos debido a la dificultad y manejo de éstos, a la ignorancia y a veces a la negligencia por parte de los padres, para llevarlos a tratamientos no relacionados con su principal problema.

Muchas veces la familia subestima la capacidad del niño atípico para realizar actividades aparentemente fuera de su alcance, y cuando el niño logra llevarlas a cabo, suelen recompensarlo aumentando la ingesta de agentes cariogénicos y formadores de placa dento-bacteriana (galletas, chocolates, caramelos, etcétera).

Debemos aprender a aceptar que existen palabras, acciones y puntos de vista diferentes y no comunes que se adecúan a esta clase de niños para un buen cuidado dental, como es el caso de niños ciegos que hacen movimientos y ruidos poco frecuentes a los que hacen los niños videntes y que sin embargo el odontólogo no debe verse afectado por la condición física de estos niños.

El objetivo en el tratamiento del niño ciego como en el niño vidente, es darle un igual cuidado dental.

¹ **El Individuo Excepcional**, W. Telford Charles, M. Sawrer James.

CAPITULO I

DIFERENTES METODOS DE CONTROL PERSONAL DE PLACA DENTO-BACTERIANA

1.1 ¿QUE ES LA PLACA DENTO-BACTERIANA?

Es un depósito blando, amorfo granular, con un sistema bacteriano complejo, organizado, se compone de una gran variedad de microorganismos. Puede romper el equilibrio huésped-parásito y producir caries y enfermedad parodontal.

Los lugares de localización son:

- Superficies dentarias.
- Restauraciones.
- Membranas mucosas (surcos gingivales, carrillos, etcétera).

1.2 ¿QUE ES EL C.P.P.?

Es la manera más eficaz de prevenir gingivitis, y en consecuencia, una parte crítica de los muchos procedimientos que intervienen en la prevención de la enfermedad parodontal,² y también de la caries. Es individual y diferente en cada pa-

² **Periodontología Clínica**, Irving Glickman, Editorial Interamericana (1974), pág. 431.

ciente, de acuerdo a sus necesidades, ej.: giroversiones, ausencias dentarias, defectos físicos y congénitos, etcétera.

1.3 MATERIAL PARA EL C.P.P.

a) *Cepillo dental.* Hay diversos tamaños, diseños, dureza de cerdas, longitud, distribución de las cerdas y también según la capacidad de determinadas personas.

Un cepillo dental debe limpiar eficazmente y proporcionar accesibilidad a todas las áreas de la boca.

b) *Tamaño de cepillos dentales.* Depende del diámetro bucal de cada persona, aunque como en este caso hablamos de niños, se recomiendan los más pequeños.

c) *Diseño.* Existen en el mercado con cerdas naturales y de cerdas de nylon; de penachos juntos, separados o de 4-5 penachos y de 10-12 hileras. Con diferentes tipos de mango, también eléctricos o manuales.

Auxiliares para la prevención y control de la formación de P.B.

— *Colorantes.* Fuccina básica, Eritrosina, Pardo Bismark y Tabletas reveladoras.

— *Hilo dental.* Los hay con cera y sin cera, se recomienda el que no tiene cera porque es menos traumático y no deja residuos de la cera sobre las superficies dentarias, lo que favorecería la retención de placa.

— *Dentifricos.* Son cosméticos, útiles para suprimir algunas manchas, dejan un sabor agradable y hay algunos que contienen fluor.

— *Conos de caucho.* Pueden ser de gran utilidad cuando se han creado espacios interdentarios por la pérdida de tejido gingival.

— *Colutorios.* Son generalmente de gusto agradable, eliminan residuos sueltos de alimentos parcialmente, pero no desprenden la P.B.

— *Aparatos de irrigación bucal.* La acción del agua es eficaz cuando se usa aunada con el cepillo dental y no como sustituto de éste.

1.4 COMO REALIZAR EL C.P.P.

I. MOTIVACION DEL PACIENTE

En este paso, se debe explicar al paciente por qué debe cepillar sus dientes, las consecuencias que puede acarrear si no lo hace y la frecuencia con que se debe cepillar.

II. EDUCACION DEL PACIENTE

- a) Teñimos los dientes del paciente por medio de colorantes.
- b) Mostramos al paciente la P.B.
- c) Observamos la forma en que se cepilla los dientes y también si es eficaz (elimina la P.B., no causa abrasión, no hay retracción gingival) y si no es adecuada la forma en que se cepilla los dientes, procedemos a cambiar su técnica por alguna de las que a continuación se describirán.

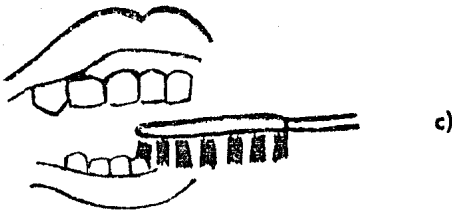
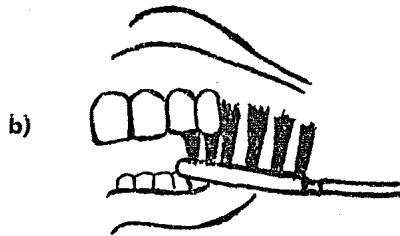
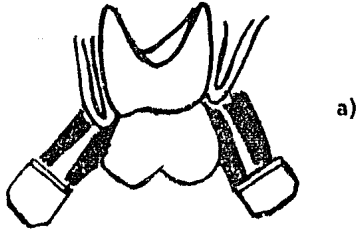
III. DIFERENTES TECNICAS DE CEPILLADO DENTAL

Método de Stillman

Las puntas de las cerdas del cepillo, en parte quedan sobre la encía y otras sobre la porción cervical de los dientes, las cerdas deben ir oblicuas al eje mayor del diente y orientadas en sentido apical. Se hace presión hasta producir una ligera izquemia y se imprime al cepillo un ligero movimiento rotativo suave. Esto se hace en todas las superficies dentarias, comenzando por la zona molar superior.

Para los dientes anteriores en las caras palatinas y linguales, el cepillo se coloca paralelo al plano oclusal y dos o tres penachos de cerdas actúan sobre los dientes y la encía.

METODO DE STILLMAN

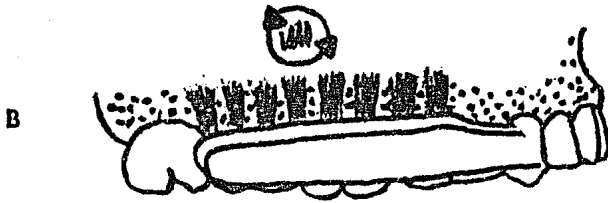
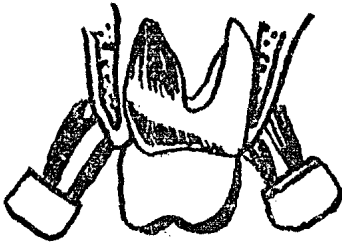


Las caras oclusales se limpian colocando las cerdas perpendicularmente al plano oclusal y haciendo presión en los surcos y espacios interproximales.

Método de Stillman modificado

Este método consta de una acción vibratoria, que se combina con el movimiento del cepillo sobre el eje mayor del diente. Se coloca el cepillo en la línea muco-gingival con las cerdas hacia afuera de la corona, y se da un movimiento

METODO DE STILLMAN MODIFICADO



A, Posición inicial; B, Frotamiento de la encía con movimientos girovibratorios dirigidos hacia la encía.

de frotamiento a la encía insertada, en el margen gingival y en el diente. Se gira y se vibra el cepillo hacia la corona.

Método de Bass (Técnica Intersurcal)

Esta técnica se comienza por la zona molar derecha, al igual que la anterior. Se coloca la cabeza del cepillo paralela al plano oclusal con las cerdas hacia arriba, por detrás de la superficie distal del último molar. Las cerdas tendrán una inclinación aproximadamente de 45° con respecto al eje mayor de los dientes, entrando las cerdas en el surco gingival.

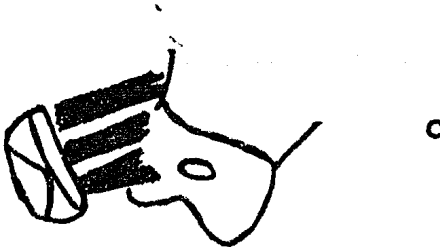
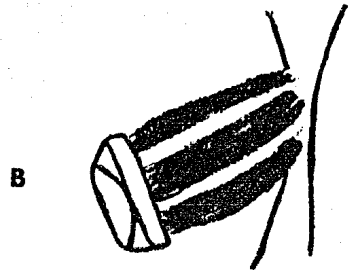
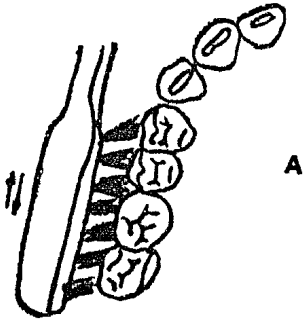
Estando seguros de que las cerdas están penetrando interproximalmente.

Se debe hacer una presión leve y movimientos vibratorios de atrás hacia adelante contando hasta diez, sin despegar

las cerdas y se desciende hacia oclusal. Se mueve hacia adelante y se repite hasta llegar a la zona canina, donde la última hilera de cerdas queda distal a la prominencia canina y así sucesivamente hasta terminar por el lado vestibular.

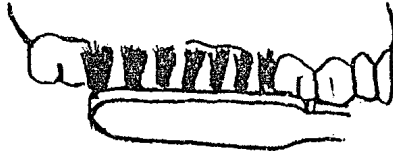
Lo mismo se hace por las caras palatinas en las zonas posteriores, y en las anteriores se coloca el cepillo verticalmente al rededor de 45° y se activa con golpecitos cortos repetidos.

Ya completados los dientes del maxilar, volvamos a colocar el cepillo por las caras vestibulares de los dientes infe-

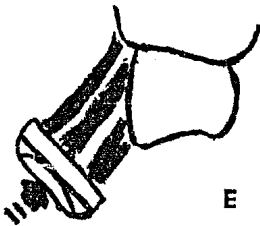


riores, cepillando zona por zona, siguiendo después por las caras linguales, y al llegar a la parte anterior, colocamos el cepillo verticalmente con las puntas de las cerdas anguladas hacia el surco gingival.

Las superficies oclusales se limpian colocando firmemente las cerdas sobre éstas, introduciendo los extremos en surcos y fisuras activando el cepillo con movimientos cortos hacia atrás y adelante, contando hasta diez y avanzando sector por sector, hasta terminar.



D



E

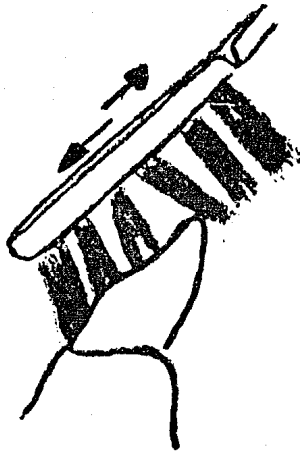
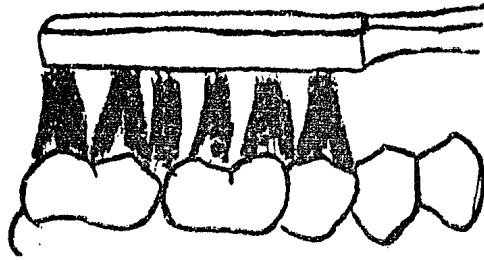


F

Método de Charters

El cepillo se coloca sobre el diente, con las cerdas anguladas a 45° hacia la corona, y se desplaza hacia lo largo de

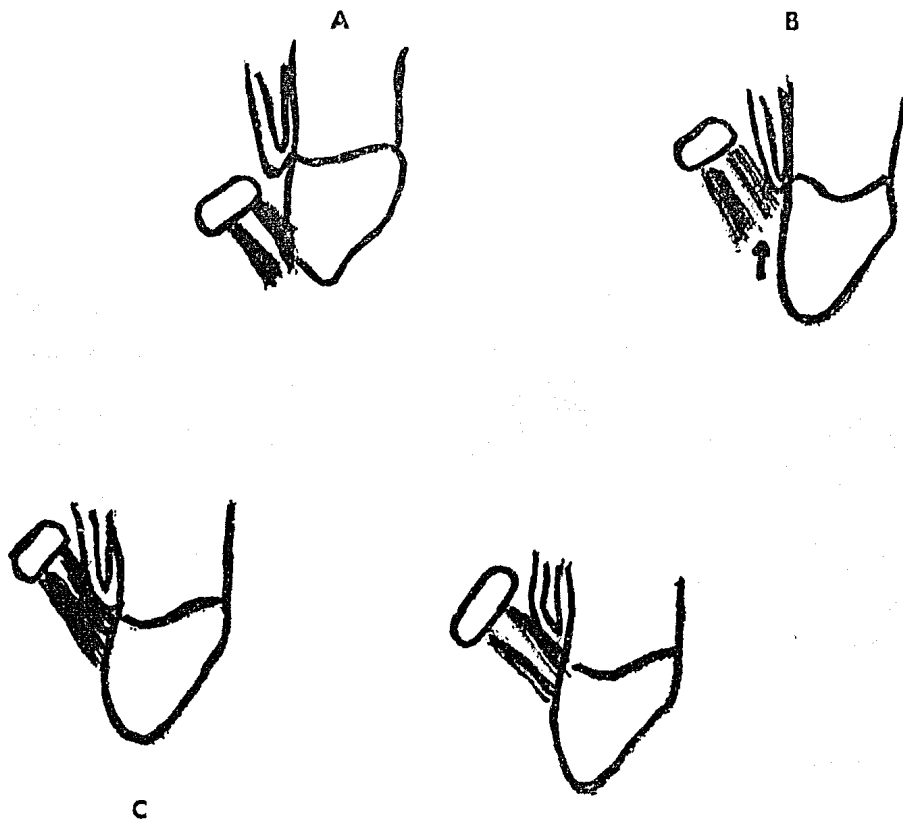
G



H

la superficie hasta que los costados de las cerdas abarquen el margen gingival, conservando el ángulo de 45° , permitiendo que algunas penetren interproximalmente y sin separar las cerdas se gira contando hasta diez. Esto se repite zona por zona.

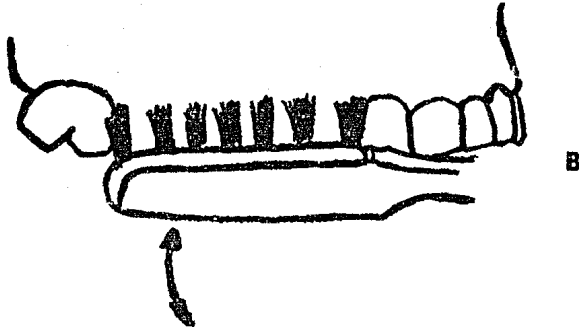
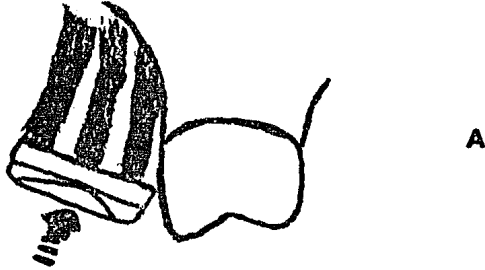
Para las caras oclusales se introduce suavemente los puntas de las cerdas entre los surcos y fisuras, el cepillado se activa con un movimiento de rotación, y se repite hasta finalizar todas las caras masticatorias.



A, Cepillo colocado sobre el diente con las cerdas anguladas hacia la corona; B, Cepillo desplazado a manera de que las cerdas descansan sobre la encía marginal; C, Cerdas flexionadas contra el diente y la encía; D, Cepillo vibrado sin cambiar la posición de las puntas de las cerdas.

Método de Barrido (Smith y Bell)

Comprende movimientos suaves de barrido, que comienzan en los dientes y siguen sobre el margen gingival y la encía insertada, de manera comparable a la trayectoria de los alimentos en la masticación.



A, El cepillo deberá colocarse con suficiente presión hasta causar izquemia; B, Se dirige, de la encía insertada a la corona, efectuando un semicírculo.

Existen varias técnicas de cepillado pero la eficiencia de cada una de ellas, depende de la habilidad que adquiera el paciente para dominarlas. Las más empleadas han sido mencionadas con anterioridad.

Se pueden combinar o modificar las técnicas de cepillado según las necesidades de cada paciente.

En forma concluyente podemos añadir que las técnicas de cepillado antes mencionadas son de gran importancia como guía, pero lo más importante es realizar la eliminación total de la placa sin trauma para los tejidos.

Las técnicas utilizadas sobre todo en el caso en particular que tratamos podrán no ser muy clásicas pero lo más importante es su efectividad.

CAPITULO II

CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LOS NIÑOS INVIDENTES

2.1 DIFERENTES CONCEPTOS DE CEGUERA.

A las personas con deficiencia visual, se les clasifica en tres grupos:

- a) Aquellas personas que padecen deficiencias menores, corregibles mediante aparatos o tratamiento médico.
- b) Los de visión parcial o ceguera parcial, llamados también débiles visuales o ambliopes.
- c) Y aquellas que no tienen la capacidad de percibir identidades o formas luminosas y dependen de otros sentidos para su desplazamiento, propiamente ciegos.

También se les clasifica en los siguientes aspectos:

- a) *Médico.* Son ciegos aquellos que carecen de ojos o sufren una interrupción en las vías nerviosas que conectan los ojos con el encéfalo.
- b) *Educativo.* Se consideran ciegas a las personas que no pueden ser educadas a través de la vista, mientras que son videntes parciales las personas que requieren de recursos especiales para hacer uso de su visión.
- c) *Jurídico.* "Legalmente se le considera ciega a una persona, cuando la agudeza visual en ambos ojos es de

20-200 o si el diámetro mayor del campo visual en ambos ojos es menor de 20°." ³

2.2 TIPOS Y CAUSAS DE CEGUERA.

La ceguera puede deberse a dos factores fundamentalmente, a la herencia y a traumatismos producidos por causas extrínsecas: a la primera se le denomina ceguera de tipo congénita o hereditaria, a la segunda, ceguera adquirida.

La herencia juega un papel muy importante en este aspecto, ya que las anomalías que se presentan en la visión, son transmitidas a los descendientes, como ejemplo tenemos la ceguera por diabetes mellitus, toxoplasmosis congénita, rubeola materna, glaucoma infantil, etcétera.

También algunas enfermedades pueden producir ceguera como la gota, la hipertensión, así como el mal funcionamiento de glándulas como la tiroides y la hipófisis, la desnutrición acelera este proceso ya que la carencia de vitamina "A" disminuye la visión. Dentro de las enfermedades infecciosas, algunas de ellas actúan directamente o indirectamente en la pérdida de la vista, como ejemplo tenemos la brucelosis, gonorrea, meningitis, etcétera.

2.3 DESARROLLO DE LOS SENTIDOS.

Una gran verdad es que la carencia absoluta de algunos de los sentidos fuerza la marcha ascendente de los otros obligándolos a desarrollarse. En el caso de los ciegos se registra un considerable aumento en el tacto y el oído mostrando así la capacidad de reemplazo de estos por la vista.

— Sentido táctil-quinestésico.

El tacto es el sentido de mayor primacía, pues permite al ciego dos cosas fundamentales: por un lado, la exploración

³ Blindness Little Brown and Co. Boston, Carrol T. J., 1961.

detallada del mundo que le rodea y por el otro lado, la comprensión de la expresión escrita (lenguaje Braille), estos dos aspectos son principalmente factores de adaptación e integración sin los cuales el ser humano no podría vivir como tal.

— Sentido auditivo.

La importancia de este sentido no disminuye a la del tacto, se deriva por la relación de interdependencia que se entabla entre ambos. Tenemos que para el conocimiento completo del objeto, es necesario tanto la experiencia táctil como la auditiva: por un lado sería el contacto directo con el objeto y por otro la explicación acerca de lo que es. La información auditiva es utilizada por el ciego para la información del pensamiento hablado.

— Sentido olfativo y gustativo.

No se puede decir que estos sentidos se encuentren al mismo nivel de importancia que el tacto u oído; aún así su valor es relevante, pues la interacción de todos es lo que permite el aprendizaje perceptual y el conocimiento verdadero.

CAPITULO III

CONTROL PERSONAL DE PLACA EN NIÑOS INVIDENTES

3.1 COMO REALIZAR UN CONTROL PERSONAL DE PLACA EN NIÑOS INVIDENTES.

PRIMERA VISITA

- A. Explicamos qué eran los dientes, la lengua, la encía, para qué nos sirven y cómo se enferman. Les pedimos que nos mostraran los dientes, también que los tocaran y les dijimos el nombre y la función de los dientes, por grupos, (ej. caninos-desgarran).

- B. Placa dento-bacteriana (P.D.B.).

Se les mencionó que la placa dentobacteriana estaba formada por restos alimenticios y microorganismos y que esto se presentaba en los dientes con una consistencia de masa. Se platicó que los microorganismos se comían los restos alimenticios y se reproducían y que era necesario el cepillado dental para evitar que proliferaran.

Para la composición de la P.D.B., nos ayudamos de masa química para uso manual (supermasa) y microorganismos (lentejas, fideos, arroz).

- C. Enfermedades producidas por la P.D.B.

- a) **Caries.** Se les explicó que era un proceso destructivo, irreversible, producido por la P.D.B.

Esta enfermedad, se les pudo explicar en macromodelos y tipodontos, a éstos se les hizo cavidades semejantes a las producidas por la caries en dientes naturales.

- b) **Gingivitis y Parodontitis.** A los niños a nivel primaria, se les mencionó que con el tiempo la P.D.B., endurecía y se le llamaba sarro, también se les indicó la localización, lo que podía producir: sangrado de encía, halitosis, inflamación de la misma, y que con el tiempo si no era eliminado por el dentista, podría transformarse en Parodontitis, que se manifestaba por: sangrado, dolor, aflojamiento dentario y pérdida de éstos.

Para poder dar a entender este proceso, dejamos endurecer la "P.D.B." previamente colocada en los macromodelos e hicimos que la tocaran y la compararan con la anterior placa blanda.

SEGUNDA VISITA

- c) **¿Qué es el control personal de placa? (C.P.P.).**
Es la manera de disminuir por medio del cepillado dental, la placa dento-bacteriana y así poder evitar las enfermedades que produce.
- d) **Material que se utilizó:**
1. Cepillo dental. Les pedimos a los niños sus cepillos y vimos si servían o no.
 2. Tabletas reveladoras y fuccina básica.
 3. Pasta dentífrica.
- f) **Manera en que se llevó a cabo.**
Trabajamos con los niños de manera individual, para lograr su atención y así poder obtener un mejor resultado.

— Motivación del niño.

Se les dijo que teníamos unas "tableas mágicas" (tabletas reveladoras), las cuales nos iban a indicar si se cepillaban los dientes o no.

Se les creó un ambiente de concurso en el que iba a haber un ganador cada semana; los premios fueron ficticios y verdaderos, por ejemplo: discos de cantantes conocidos (L.P.), un motor de baja velocidad, bolsas para las niñas, cepillos dentales, etc.).

Se les repitió lo que podría provocar una higiene oral deficiente.

— Observación en el cepillado dental.

Usamos tabletas reveladoras y les dijimos que era lo que nosotros podíamos observar.

Tomamos el índice inicial y pedimos que se cepillaran los dientes y así valorar la forma empleada para hacerlo. Después modificamos y adaptamos técnicas adecuadas a los niños.

TERCERA VISITA

A partir de este momento se les tomaron tres índices más, con intervalos de una semana.

Teñimos los dientes y tomamos el índice, reforzamos la técnica de cepillado en los lugares que era deficiente.

Las técnicas que utilizamos fueron combinadas: Stillman, Bass, Charters y de Barrido.

En unos niños hubo la necesidad de que en determinadas zonas de la arcada dentaria, se cambiara el cepillo de una mano a otra, para facilitar el acceso a éstas.

3.2 MOTIVACION A LAS MAESTRAS Y A LOS PADRES COMO AUXILIARES EN EL C.P.P.

Se expuso un audiovisual, tocando los siguientes puntos:

- a) Enfermedades que acarrea la falta de higiene oral; gastrointestinales, renales, hepáticas, cardíacas, debidas a focos de infección.
- b) Se les explicó la mejor forma de cuidar los dientes: cepillándolos, disminuyendo la ingesta de carbohidratos, darles uso adecuado, prevenir o corregir malos hábitos y llevarlos al dentista por lo menos dos veces al año.

También se les explicó la forma en que estábamos trabajando con los niños y mostramos el material didáctico utilizado.

A las maestras se les pidió su cooperación para poder trabajar con algunos niños multiatípicos.

CAPITULO IV

ESTUDIO REALIZADO EN NIÑOS DEL CENTRO DE REHABILITACION PARA INVIDENTES; A. C.

Para llevar a cabo este estudio, tuvimos que convivir con los niños durante un mes, en todas sus actividades para que nos tuvieran confianza y así poder trabajar con ellos desde el punto de vista odontológico. Durante este tiempo pudimos observar: aprendizaje, desenvolvimiento, carácter y adaptación de los métodos de enseñanza a los niños ciegos.

4.1 ELABORACION DEL ODONTOGRAMA Y APLICACION DE ESTE.

(Pasar a la página siguiente, donde se expone la elaboración del odontograma).

—Datos recopilados de los odontogramas.

Encontramos:

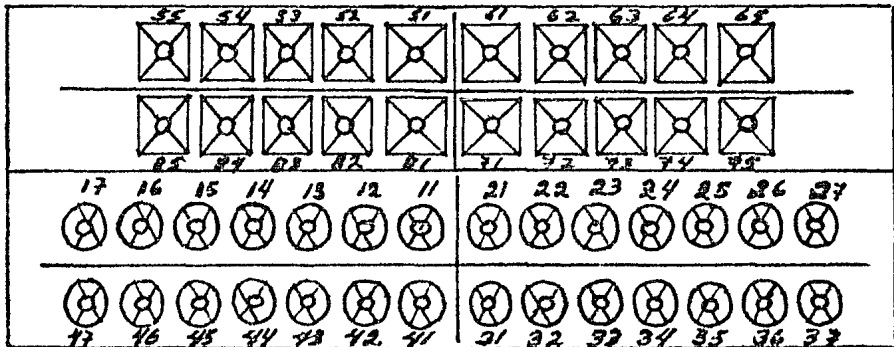
- a) Doce niños con placa dento-bacteriana.
- b) Dos niños con gingivitis.
- c) Un niño con parodontitis.
- d) Dos niños con mal posición dentaria.
- e) Uno con ausencia dentaria por tratamiento de ortodoncia.

- f) Un niño con hipocalcificación dentaria.
- g) Catorce niños con oclusión 1a. clase y uno con 3a. clase.

Nombre:

Dirección:

Edad: Sexo: Tel.:



ROJO — Caries y patologías.

AZUL — Restauraciones.

Dientes faltantes O

Extracciones a realizar — X

| | Si | No | No. de dientes | |
|-----------------------------|-------|-------|----------------|----------------|
| Placa dento-bacteriana | | | | |
| Gingivitis | | | | |
| Parodontitis | | | | |
| Mal posición dentaria | | | | |
| Anodoncia (parcial o total) | | | | |
| Hipocalcificación | | | | |
| Malformación dentaria | | | | |
| Tipo de oclusión | I | II | III | borde a borde. |

TEJIDOS BLANDOS

Labios:

Carrillos:

Paladar:

Encía:

Lengua:

Frenillos:

INDICE DE PLACA DENTO-BACTERIANA

1a. semana:

2a. semana:

3a. semana:

4a. semana:

4.2 DEFINICION DE INDICE PARODONTAL (I.P.).

“El estudio de la epidemiología de la enfermedad periodontal exige un criterio uniforme y preciso para determinar y registrar al estado periodontal de personas y poblaciones. Los métodos que expresan observación clínica en valores numéricos se conocen como INDICE. Hay muchos índices para registrar y cuantificar las alteraciones periodontales que pueden ser utilizados con exactitud reproducible.”⁴

A continuación mencionaremos algunos índices:

—Índice P.M.A. (Schour y Massler).

Este índice se utiliza para registrar la frecuencia y gravedad de la gingivitis, la encía mesial de cada diente en la superficie vestibular, se dividen en tres unidades: la papila interdientaria (P), el margen gingival (M) y la encía insertada (A). A cada unidad se le da un punto por la presencia de infla-

⁴ Periodontología clínica, Glickman Irving, cap. 21, pág. 269.

- 2 = acumulación moderada de depósitos blandos dentro de bolsa gingival o en la superficie dentaria adyacente que se ve a simple vista o en ambos.
- 3 = abundancia de sustancia blanda en la bolsa gingival y o en el margen gingival, en la superficie dentaria adyacente.

—Índice simplificado de higiene bucal ISHB (OHI-S, Green y Bermillon).

Es una combinación de índice de residuos y el índice de cálculos.

- a) *Índice de residuos.* Se registran los siguientes dientes: la superficie dental del primer molar totalmente erupcionado, superficie derecha e izquierda; la superficie vestibular del incisivo central superior derecho; primer molar inferior por lingual totalmente erupcionado los lados derecho e izquierdo de la mandíbula.

A los residuos se les asigna un valor de 0 a 3, de acuerdo a la figura 1.

Valores:

- 0 = no hay residuos ni manchas.
- 1 = residuos blandos cubren no menos de un tercio de la superficie dentaria.
- 2 = cubre más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta.

La cantidad de residuos se determina raspando la superficie dentaria.

El índice de residuos se obtiene sumando los puntos y dividiendo esto entre seis.

- b) *Índice de cálculos.* Los cálculos se registran en las superficies ya mencionadas de acuerdo a la figura 2.

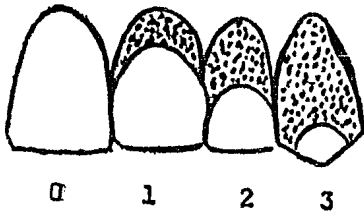


Fig. 1

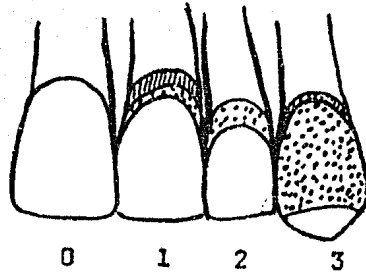


Fig. 2

0 = nada.

1 = cálculos supragingivales, no cubren más de un tercio de superficie dentaria.

2 = menos de un tercio, pero no más de dos tercios.

3 = más de dos tercios y también alrededor de la superficie cervical.

La extensión de los cálculos se detecta por visión directa y mediante el sondeo.

Se suman los puntos y se dividen entre seis para obtener el índice de cálculos.

4.3 INDICE QUE APLICAMOS.

$$\frac{\text{No. de dientes} \times \text{No. de caras}}{\text{No. de caras teñidas}} = \text{INDICE}$$

ya que cubrían a la totalidad de los niños, también por su fácil aplicación y sencillo para la obtención de los resultados.

4.4 RESULTADOS.

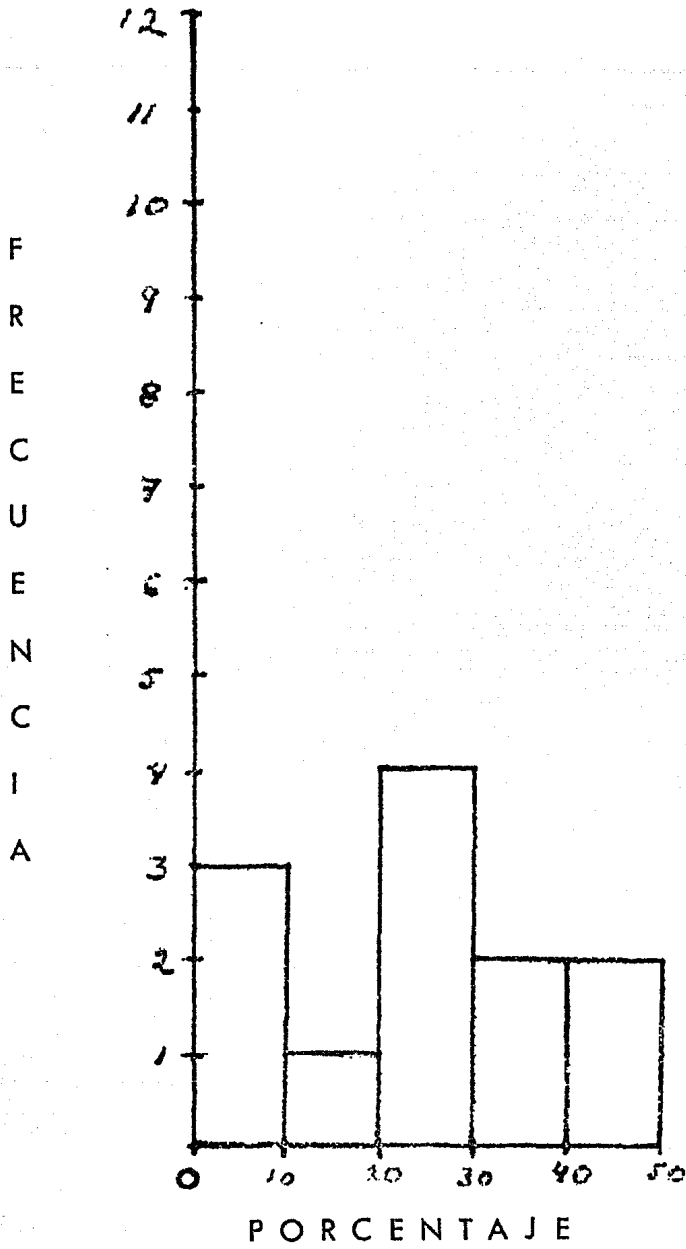
La población total fue de 18 niños, de los cuales 3 fueron agresivos y por lo tanto no cooperaron.

A continuación los resultados obtenidos, graficados. Se exponen por semana, formando un total de cuatro semanas.

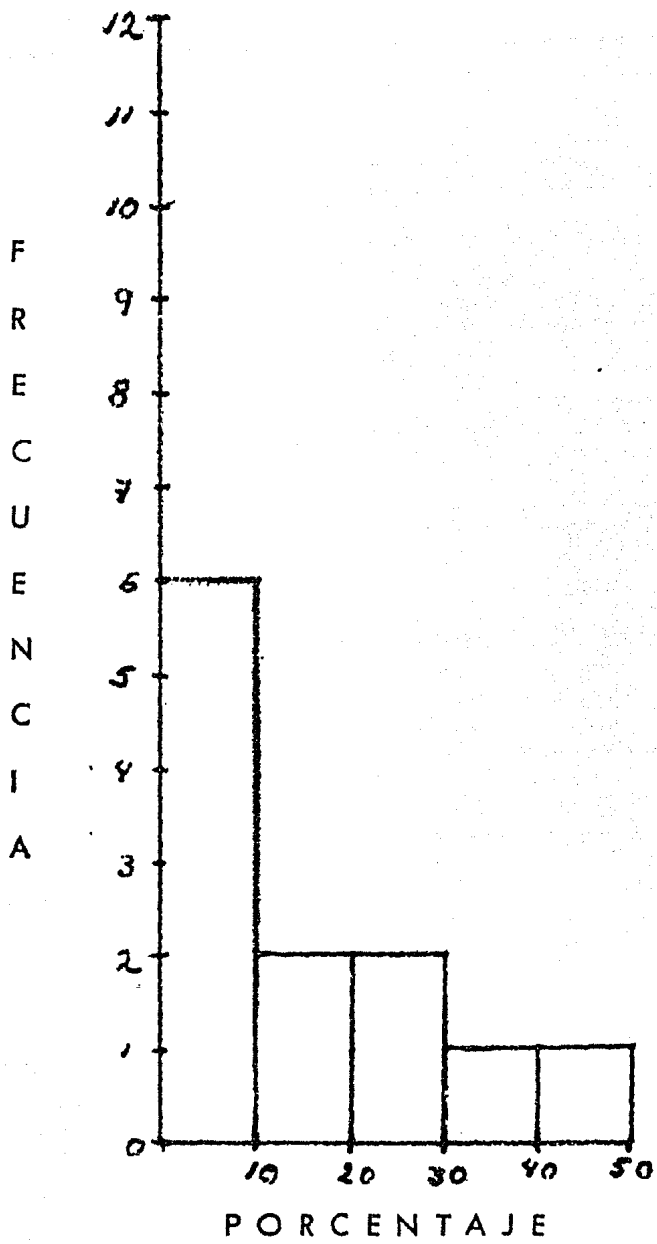
| | | | | |
|---------|------------|------------|------------|------------|
| VALORES | 3 | 3.2 | 0 | 0 |
| | 8.5 | 7.1 | 2 | 0 |
| | 10 | 8.3 | 3.5 | 0 |
| | 12.5 | 10 | 6.6 | 2 |
| | 25.2 | 10 | 7 | 2.1 |
| | 26.6 | 10 | 8.5 | 6 |
| | 27 | 12.1 | 8.6 | 6 |
| | 29.2 | 14 | 10.7 | 7.5 |
| | 30 | 22 | 13.3 | 18.3 |
| | 32.1 | 26 | 25 | 21.4 |
| 40 | 38.3 | 33.3 | 45 | |
| 48 | 44.2 | 48.4 | 48.4 | |
| | 1a. semana | 2a. semana | 3a. semana | 4a. semana |

| Intervalos | "FRECUENCIAS" | | | |
|------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| 0 — 10 | 3 | 6 | 7 | 8 |
| 10 — 20 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| 20 — 30 | 4 | 2 | 1 | 1 |
| 30 — 40 | 2 | 1 | 1 | — |
| 40 — 50 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| | Primera semana | Segunda semana | Tercera semana | Cuarta semana |

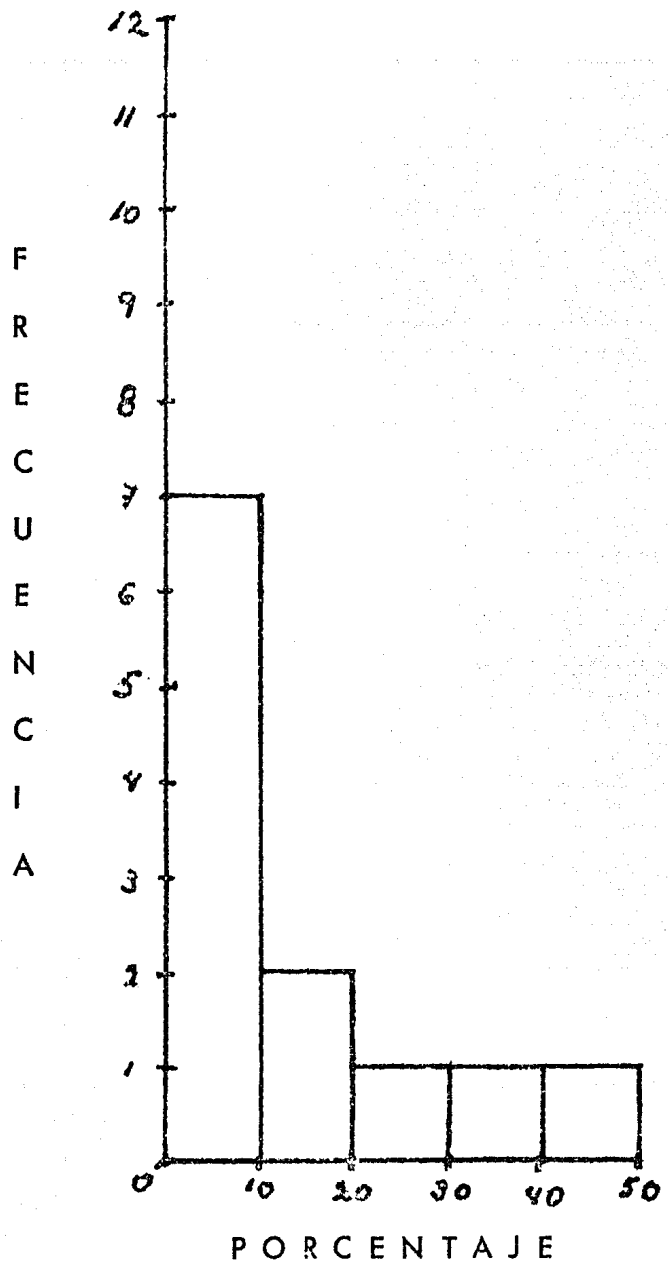
1a. SEMANA



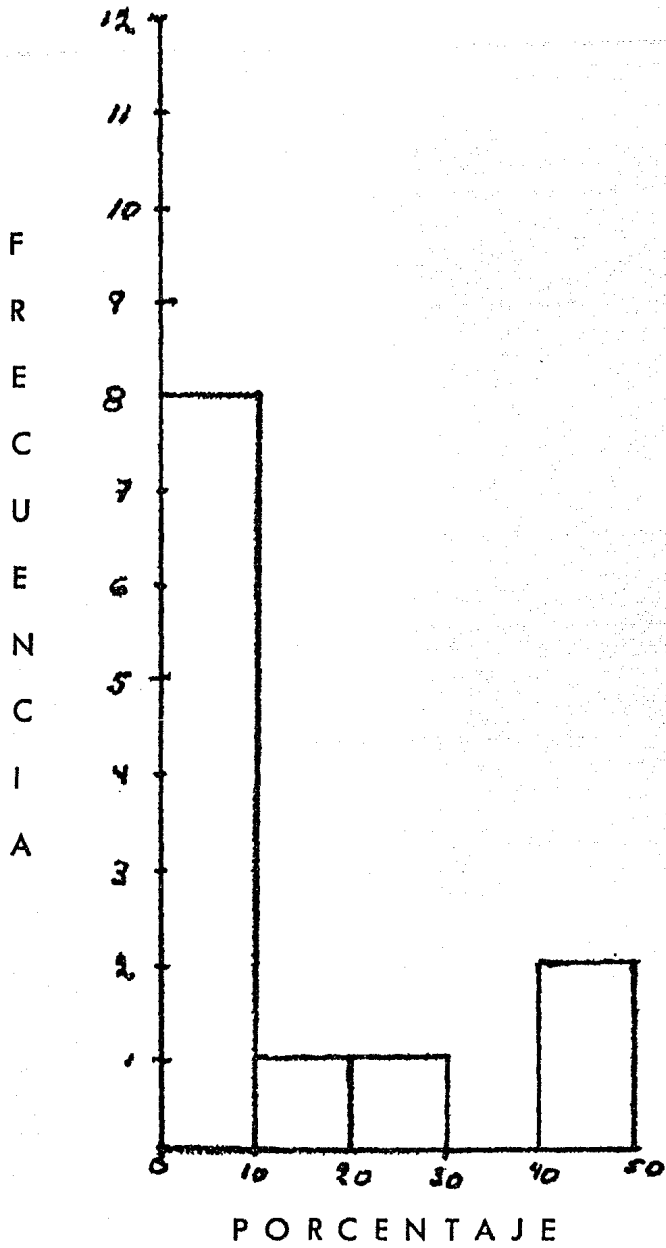
2a. SEMANA



3a. SEMANA



4a. SEMANA



CONCLUSIONES

- A. Se puede observar en las gráficas que disminuyó el índice de placa en un 83.4 por ciento y se mantuvo en un 16.6 por ciento, logrando así el deseado control personal de placa.
- B. Obtuvimos buenos resultados en la mayoría de los niños, en los otros niños no, por diferentes factores:
 - a) Algunos niños se mostraron recelosos e incluso agresivos por las múltiples afecciones que presentan.
 - b) La sobre protección de algunos padres para con sus hijos y la poca importancia que le dan a la higiene oral.
- C. Vimos la necesidad de que haya odontólogo en este Centro de Rehabilitación, para que trabaje con los niños constantemente para mantener la higiene oral que nosotros obtuvimos y lograr que se lleve a cabo en su totalidad.
- D. Como cirujanos dentistas, debemos concientizarnos de la importancia que tiene la odontología preventiva a nivel de niños atípicos, en el caso específico de ciegos, para poder aportar información y que haya un manejo adecuado de estos niños.

BIBLIOGRAFIA

1. W. Telford Charles y M. Sawrer James, **El individuo excepcional**. Traducción y adaptación: Prof. Rubén Ardila, 1973. España. Ed. Prentice-Hall Internacional. 517 p.
2. Dr. Grant A. Daniel, Dr. Stern B. Irving y Dr. Everest G. Frank, **Periodoncia de Orban**. Traductor: Dra. Marina González de Grandi. 2a. edición, 1975. México, D. F., Ed. Interamericana, 637 p.
3. Goldman Henry M., **Periodoncia, parodontología**. Traductor: R. Lozano, 1960. México, D. F., Ed. Interamericana, 342 p.
4. Stone Stephen, **Periodontología**. Traductor: Carmen Barono, 1972. México, D. F., Ed. Interamericana, 213 p.
5. Glickman Irving, **Periodontología clínica**. Traductor: Marina B. González de G. 4a. Edición, 1980. México, D. F., Ed. Interamericana, 999 p.
6. Katz Simon y McDonald James L. Jr., **Odontología preventiva en acción**. 1975. Buenos Aires, Argentina, Ed. Panamericana, 451 p.

TESIS

1. Escutia Loaiza, Judith C., **Dinámica de grupos con personas ciegas**. 1979. México, D. F., Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Educación Superior e Investigación Científica. Escuela Normal de Especialización, 99 p.
2. Sánchez Aguilar, Alma Rosa, **El mundo emocional del niño ciego**. 1979, México, D. F., Secretaría de Educación Pública, Secretaría de

Educación Superior e Investigación Científica, Escuela Normal de Especialización 133 p.

3. Valero Gamboa, Margarita, **La agresividad en los ciegos**. 1979. México, D. F., Escuela Nacional de Especialización, 41 p.
4. Vázquez Meneses, Alejandra, **Orientación a los padres de familia de los niños ciegos**. 1980. México, D. F., Escuela Normal de Especialización, 127 p.
5. Ruiz Rodríguez, Rafael del Sgdo. Corazón, **Preservación de la salud dental en zonas marginadas de la Magdalena Contreras**. 1975. México, D. F., Escuela Nacional de Odontología (UNAM), 44 p.