

147

2ej

BREVE ESTUDIO BUCAL EN NIÑOS
INVIDENTES

ODONTOPEDIATRIA EN CIEGOS Y DEBILES VISUALES

JORGE GRANADOS SANCHEZ.

FALLA DE ORIGEN

EN

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

I N D I C E

CONTENIDO

| | PAG. |
|---|------|
| I. Introducción | |
| II. Definición del Niño Ciego | 1 |
| III. Métodos para determinar la agudeza visual | 2 |
| IV. Método de tratamiento | 3 |
| a) Padres sobreprotectores | |
| b) Padres que rechazan a su hijo | |
| c) Padres agresivos | |
| V. Tipos de pacientes | 5 |
| VI. Metodología del tratamiento | 7 |
| VII. Recomendaciones y precauciones en el consultorio. | 9 |
| VIII. Tipos de tratamientos que se realizan en consultorio INRC. | 11 |
| IX. Resultados | 17 |
| a) Caries | |
| b) Profilaxis | |
| c) Mal oclusión | |
| X. Reporte de la revisión dental realizada a pacientes ciegos y débiles visuales. | 18 |
| a) Material y Método | |
| b) Interpretación del resultado | 20 |
| XI. Conclusiones | 21 |
| XII. Bibliografía | 22 |

INTRODUCCION

El objetivo de esta investigación es presentar un análisis crítico basado en una extensa experiencia clínica y en el campo de la odontopediatría. Esta investigación es útil para las ciencias básicas como para la clínica, de esta forma presenta las experiencias para la odontopediatría clínica del niño ciego y débil visual, de mucho valor para el dentista, el estudiante y los higienistas.

Presentar una exposición de una amplia gama de puntos de vista sobre los problemas actuales del odontopediatra y las investigaciones nuevas realizadas en niños ciegos y deficientes visuales así como los avances obtenidos en las valoraciones clínicas de la odontología pediátrica, es el progreso constante que esta especialidad requiere, un conocimiento cada día más actualizado de todos los odontólogos en general.

Asimismo pensar en poner en relieve la valiosa participación de profesores muy destacados con el fin de ver un panorama más completo y actualizado del estado actual de la odontología pediátrica en niños con deficiencia visual.

Por otro lado una de las principales ventajas de este trabajo es la presentación del material que no sólo incluya los principios básicos que rigen en odontopediatría clínica; sino que además describa las aplicaciones de estos conocimientos en el campo de la odontología pediátrica, lo cual indudablemente será de gran utilidad para el odontólogo en general aunque aun existan lagunas en el conocimiento actual de la odontología pediátrica, la información esencial contenida en esta tesina puede servir para lograr una adecuada actualización en la práctica en general, así pues esperamos que en esta contribución haya logrado cumplir este propósito.

En la realización de este compendio se han logrado cumplir cabalmente con este propósito de manera por demás brillante, por lo tanto se recomienda ampliamente para todos los odontólogos, ya sean practicantes o especialistas quienes podrán comprobar la invaluable utilidad de esta investigación como un estímulo para la investigación personal y para mayor beneficio principalmente se obtiene al lograr un mejor cuidado dental en los niños invidentes y con deficiencia visual, la cual es nuestra meta de cirujanos dentistas y especialistas de esta área.

II.- ODONTOPEDIATRIA EN CIEGOS Y DEBILES VISUALES

Análisis de las diferentes formas de conducta y personalidad de niños ciegos y débiles visuales en el consultorio dental, en el que se brinda una explicación -- detallada del manejo adecuado por parte del dentista de práctica general y el -- odontopediatra para un mejor cuidado y tratamiento de estos pacientes.

La visión es el más objetivo de todos los sentidos. Da información detallada del mundo externo, pues simultáneamente registra posición, distancia, tamaño, color y forma. La visión, como otros sentidos, se desarrolla paulatinamente: -- antes de la cuarta semana el niño sigue los objetos en movimiento a través de un arco de 90° , a las doce semanas su seguimiento abarca un arco de 180° , hacia -- las dieciseis semanas es capaz de manejar su aparato visual, pudiendo rotar su cabeza libremente de izquierda a derecha para seguir un objeto.

Se ha definido como videntes a aquellas personas que pueden ver correctamente y tienen una agudeza visual de 20/20 en lo normal y un campo visual de 180° con los dos ojos.

Por el contrario, débiles visuales son aquellos que captan un rayo de luz, pero que a una distancia mayor de 6.90 metros no pueden distinguir el medio ambiente o cuyo campo visual es de un ángulo tan estrecho que sólo captan la luz central sin percibir lo que existe a su alrededor. Debido a ello no pueden distinguir con claridad una área específica y sólo pueden ver confusamente o con visión fragmentaria. El número de niños débiles visuales examinados es casi el doble que el de niños ciegos y la mayoría de ellos vive en un mundo de contornos imprecisos, -- un mundo en el que los objetos, las personas y los movimientos sólo se perciben -- de manera borrosa.

Ciego es aquel individuo que no capta ningún rayo de luz y bien puede ser -- la causa prenatal, es decir, aquél que nace con dicho impedimento, el cual puede ser adquirido o hereditario. Es adquirido cuando contrae el padecimiento durante el embarazo, producido por traumatismo sobre el feto o provocado por causas -- tóxicas (drogas, alcoholismo, etc.) o por enfermedad infecciosa como la sífilis, -- meningitis, varicela, etc. El ciego hereditario es el que adquiere dicho mal genéticamente y puede aparecer en la primera generación o bien en generaciones -- alternas según sea el carácter dominante o recesivo.

También puede hablarse del ciego posnatal, el cual nace con todas sus facultades visuales, pero a causa de alguna enfermedad conocida o desconocida, de una operación, de un accidente, de quemaduras con fuego o con productos químicos, pierden la visión total o parcialmente.

El diagnóstico de ceguera en la infancia es relativamente simple: no hay respuesta para seguir objetos en movimiento. Esto constituye suficiente evidencia de ceguera completa o parcial.

III.- El método habitual para determinar la agudeza visual, consiste en usar diversas escalas especiales de letras como la llamada cartilla de Snellen; ésta debe estar bien iluminada y colocarse a una distancia de seis metros enfrente del paciente, quien deberá estar sin anteojos si es que los usa. Se cubre el ojo izquierdo del paciente con una tarjeta limpia y se le indica que lea los tipos hasta donde le sea posible con el ojo derecho. Si es capaz de leer la línea que marca 20/20 se registra este dato y se repite la misma prueba para determinar la agudeza visual en el ojo izquierdo. Si no puede leer las letras más grandes de la parte superior de la cartilla, ésta se le acercará progresivamente hasta que pueda leerlas, registrándose la distancia a que se encuentra de la cartilla, en pies. Una visión de 20/20 es un 100% de agudeza visual, mientras que una visión de 20/200 corresponde a un 10%, cuando es así, la persona es considerada ciega.

El campo visual es el área que el sujeto alcanza a percibir y se mide en grados. El campo visual normal abarca aproximadamente 180° en los dos ojos en el plano horizontal y en el plano vertical 105° . Cuando el campo visual, a pesar de las condiciones ópticas posibles (anteojos, lupas, etc.) es de 20° ó menos, entonces la persona es considerada ciega, aunque su agudeza visual sea normal.

Los defectos oculares que con mayor frecuencia se observan en el Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales (INNC) son: anoftalmía, microftalmía, cataratas congénitas y adquiridas, glaucoma, anomalías de coroides y retina, fibroplasia retrolenticular, retinoblastoma, toxoplasmosis y queratitis.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presenta la siguiente clasificación de causas de ceguera o de debilidad visual: accidentales, hereditarias, congénitas, metabólicas, nutricionales, glaucomatodas, neoplásicas, miópicas, tóxicas, infecciosas, degenerativas y desconocidas.

IV.- METODOLOGIA DEL TRATAMIENTO.

El manejo dental del paciente ciego y débil visual comienza antes de hacer contacto con el mismo: desde que se hace la cita para visitar al dentista. En el caso del consultorio del Instituto, se revisan los reportes existentes dentro de sus respectivos expedientes, que han sido vistos antes por los departamentos de - oftalmología, neurología, pediatría, psicología y psiquiatría.

Para analizar el aspecto psicológico del niño ciego y débil visual, el odontólogo deberá basarse en la edad del paciente y en su capacidad intelectual, los - - cuales indican el grado de entendimiento que ofrece el niño.

Los factores en general, que contribuyen al estado psicológico y emocional de estos pacientes son:

- a) El trauma producido por su incapacidad y el estar conscientes de la misma,
- b) El conflicto familiar creado por su mismo problema,
- c) Las condiciones económicas y educacionales precarias en las que viven la mayoría de ellos,
- d) La ignorancia y abandono de sus padres, hacen que el tratamiento en general y su educación escolar, sea a una edad más avanzada que la de los niños normales,
- e) El rechazo que sienten de parte de la sociedad por su incapacidad.

En realidad son una minoría los padres que llegan al INNC y que están al - tanto de los cuidados bucodentales que deben tener sus hijos.

En el INNC, se pueden encontrar tres formas distintas del comportamiento - de los padres con respecto a sus hijos.

- a) Padres sobreprotectores,
- b) Padres que rechazan a su hijo,
- c) Padres agresivos.

Estas tres formas de comportamiento de los padres con respecto a su hijo minusválido, producen alteraciones en su conducta que en ocasiones se podrá reflejar en el consultorio dental.

a) Padres sobreprotectores.

El impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir en la educación normal del niño. Por lo general al niño que está excesivamente protegido se le presta ayuda en cada tarea que realiza por mínima que ésta sea. La madre ayuda al niño a vestirse, a alimentarse y toma parte activa en sus actividades sociales, juegos y trabajo, los que se ven restringidos por miedo al daño físico que pueda ser causado por accidente. Estos niños, generalmente son muy tímidos, delicados, sumisos y temerosos, y no presentan gran inconveniente para el tratamiento odontológico, aunque algunos de ellos pueden presentar hiperactividad y agresividad.

b) Padres que rechazan a su hijo.

Los niños que son rechazados por sus padres, llegan al INNC por recomendación, por lo general son niños abandonados totalmente. La trabajadora social del propio Instituto se encarga de facilitar estancia a estos niños ya sea en hogares sustituidos u orfanatos. Este tipo de paciente es difícil de manejar en el consultorio dental, puesto que al no tener seguridad en su casa, se torna suspicaz, agresivo, vengativo, combativo, nervioso y no obediente. El odontólogo deberá ser paciente y enseñarle que cuando coopera, el tratamiento dental se efectúa con mayor rapidez y es mucho más agradable.

Es necesario aplicar con este tipo de pacientes, los recursos más profesionales con que se cuenta en odontopediatría para poder atraer su atención y espíritu de cooperación. Existen varios casos de niños ciegos y débiles visuales rechazados que no presentan alteraciones psicológicas y que resultan pacientes ideales.

c) Padres agresivos.

Los niños ciegos y débiles visuales que tienen padres agresivos pueden comportarse en el consultorio en forma agresiva o tranquila de acuerdo al desarrollo de su rehabilitación. Hay niños con falta de ajuste en su personalidad, la cual se caracteriza por estar centrada su atención en sí mismo, es incapaz de ser sociable, presenta inestabilidad emocional, nerviosismo, gran preocupación y angustia.

- V.- Un niño que adopta este tipo de comportamiento puede ser difícil de tratar. - El niño ciego y débil visual está acostumbrado a la comunicación verbal, a tocar y gustar. Cuando el niño llega a su primer cita, se le debe explicar en forma detallada la utilidad de cada uno de los instrumentos, procurando que el niño palpe tanto éstos como los medicamentos a utilizar y que después los sienta en su boca.

La atmósfera del consultorio dental deberá ser agradable, dando siempre la impresión de un ambiente tranquilo, ordenado y limpio. El odontólogo no debe hacer énfasis en la incapacidad que presenta el niño para ver, y en ninguna forma deberá asumir una actitud de preocupación, ya que ésta provocaría reacciones desfavorables en la conducta del niño.

El contribuir al logro de una actitud correcta en el niño es de igual importancia que todas aquellas técnicas y métodos que se utilizan en el tratamiento dental. El odontólogo deberá tener la capacidad suficiente para formar y desarrollar en los pacientes, después de cada cita, una conciencia acerca del estado de la dentadura, así como la necesidad de su cuidado. Deberá tener la habilidad suficiente para lograr que el niño acepte voluntariamente cualquier procedimiento dental. Su paciencia deberá reaccionar en cualquier momento, con buena disposición, explicando al niño que ciertos tratamientos pueden resultar un éxito o bien un fracaso y la necesidad de que se someta a ellos.

Todas las preguntas que el paciente realice deberán ser aclaradas lo mejor posible.

En el INNC se encuentran frecuentemente tres diferentes tipos de pacientes:

- a) **Introversos:** son aquellos que llegan con miedo. Con estos niños se debe tratar de entablar una conversación inicial para crearles confianza.
- b) **Extroversos:** son los pacientes ideales pues llegan al consultorio con una mentalidad abierta y de confianza.
- c) **Agresivos:** pacientes que finalmente acceden a someterse al tratamiento pero a los que debe tratarse con suma delicadeza, incluso al hablarles.

d) **Niños con problema de retraso mental:** a éstos se les debe tratar con mucha paciencia y cariño, haciéndoles sentir que el médico es su amigo. Es natural que estos pacientes no lleguen a comprender totalmente el significado e importancia de su tratamiento. El odontólogo que trate a niños ciegos y débiles - visuales, deberá limitarse exclusivamente a lograr de ellos una actitud favorable al tratamiento dental y evitar una dependencia psicológica por parte del paciente hacia él. Deben tomarse en cuenta tres factores para el trato especial: **primero**, es un ser humano; **segundo**, un paciente y **tercero**, es un ciego o débil visual.

VI.- Durante la primera cita dental, se deberá obtener toda la información médica del paciente y anotarla debidamente en su archivo clínico, nunca se deberá dar atención dental durante esta cita.

El dentista deberá familiarizar al paciente con el ambiente del consultorio, explicándole detalladamente la localización de la sala de espera, de la recepcionista, de las puertas, los baños, los cubículos, etc., incluyendo la exacta posición de la escupidera y el respaldo, posteriormente se le facilitarán instrumentos dentales y se le pedirá que los haga sonar en alguna superficie para que conozca el ruido que producen; asimismo, es indispensable que el paciente esté atento al ruido que pudiera haber en ese momento dentro del consultorio, para que se familiarice con la actividad general que se desarrolla en el mismo.

Es durante la segunda cita cuando el paciente será sometido por primera vez a procedimientos dentales; si el niño los ha experimentado anteriormente, la metodología deberá ser la misma ya que el ambiente es totalmente nuevo y extraño. Es conveniente que durante esta cita, al llegar, el paciente sea presentado en la sala de espera con los demás pacientes, ya que durante esta primera impresión -- escuchará movimientos, ruidos y conversaciones que lo harán sentirse extraño. La persona encargada de esto, será la recepcionista, o en su defecto, la asistente dental, quien a su vez, deberá darle la más cordial bienvenida.

Se recomienda que la espera de este paciente en sus citas para ser tratado dentalmente, nunca sea prolongada, no debe exceder de los diez minutos.

Se ha mostrado en la mayoría de los casos, que estos pacientes se inquietan y desarrollan un estado de nerviosismo e inseguridad, poco favorable para su manejo.

VII.- Dependiendo de la severidad del caso y en especial de la edad y del estado psicológico del paciente, se recomendará que los padres, o en su defecto, los responsables del paciente, lo acompañen siempre en sus citas dentales.

En casos no muy severos, donde el paciente tenga una edad apropiada y que a juzgar por las primeras dos citas, su actitud fuera del todo favorable, se le permitirá ser acompañado por la enfermera, hermano, hermana, su mejor amigo, etc. En caso de que se le haga pasar con acompañante, el asistente dental o la recepcionista deben ofrecer toda la ayuda que pudiera necesitar explicándole detalladamente, al igual que en la cita anterior, el camino y los objetos por los que se pasa para llegar al cubículo, donde le estará esperando el dentista.

Una vez encontrándose en el cubículo, el conductor —ya sea el dentista o la asistente— deberá ser lo suficientemente hábil para emplear términos de distancia lo bastante claros para que el paciente pueda llegar sin problemas ni tropiezos hasta el sillón dental. Si por algún motivo existieran cambios en la superficie que se va a recorrer, se le deberá hacer notar con anterioridad, por ejemplo, escaleras, cambio de piso a alfombra, etc.

Cuando el paciente se encuentra perfectamente bien situado en el sillón dental y que presente una buena aproximación al respaldo, abrazadera y escupidera, el dentista se presentará con el paciente, pidiendo que se le llame por su nombre de pila. Debido a la importancia que presenta saber cómo es la imagen del individuo que le va a realizar en un futuro inmediato una serie de procedimientos odontológicos, es indispensable que el odontólogo dé una descripción de su propia imagen. En este aspecto, él podrá bromear acerca de su apariencia física, así como crear un ambiente de mayor confianza con su paciente, lo que podrá lograr con la cooperación que de él se solicite. El odontólogo deberá mencionar si usa lentes, si usa barba o bigote, si es alto o bajo de estatura, etc. De esta manera el niño tendrá una percepción más correcta de la apariencia física del dentista y ya no lo imaginará como un simple par de manos que se encuentran en constante movimiento y cuyo único cometido es realizar su función en forma rápida. Otra característica que ayuda a ganar la confianza del niño es permitirle que en sus citas subsecuentes, lleve consigo su juguete predilecto, el que pueda amarrarse al sillón dental para prevenir su separación y estar disponible cuando lo quiera el niño. En ocasiones es un gran medio para aliviar la tensión de estos niños al enfrentarse a lo desconocido.

Para que el niño se acostumbre a la entrada y salida de instrumentos dentales en su boca, se le debe repetir en forma sistemática lo que se le explicó en la cita anterior. El dnetista debe mencionar el tipo de jabón que utiliza para lavarse las manos. Se debe tener extremo cuidado con todos aquellos instrumentos agudos o punteados que pudieran lastimar al niño y nunca se le facilitarán éstos.

También se le debe dar a oler y probar medicamentos dentales como: barniz de copal, pasta de profilaxis de diversos sabores, alginato de sabores, ungüento de anestésicos locales tópicos, cemento de óxico de zinc y eugenol dycal, etc. Esto - permite al paciente, en su futuro procedimiento, reconocer el medicamento y evitar cambios repentinos en su actitud.

VIII.- EPIDEMIOLOGIA DE LA CARIES DENTAL

La palabra epidemiología se empleo originalmente para designar el estudio que se hacía de las epidemias, es decir, de la frecuencia anormalmente elevada de casos de una enfermedad.

Para que el método epidemiológico sea correctamente aplicado, son requisitos indispensables la adecuada notificación y el debido registro de los casos, situaciones muy deficientes en el caso de la caries dentaria, debido a muy particulares - situaciones del padecimiento, lo que ha originado que las cifras aproximadas de su prevalencia se conozcan sólo merced a encuestas específicas, por lo general, esporádicas, sin un criterio uniforme de quienes las realizan. Los índices comunes de morbilidad no resultan de aplicación práctica, pues no dan una idea real de la - magnitud del padecimiento; es por esto que se han ideado diversos índices específi - cos, procurando que ofrezcan una idea de conjunto más apegada a la realidad.

El más sencillo de ellos y evidentemente el más frecuentemente utilizado es - el conocido con las siglas C.P.O., iniciales de las palabras: cariadas, pedidas y -- obturadas.

Este índice, ampliamente empleado en estudios sobre epidemiología de las caries, sirve para medir el ataque por lesión cariosa en una boca, a través de los - órganos dentarios que han sido afectados por este proceso, ocupándose únicamente para dentición secundaria. Debe aplicarse en grupos de edad, en años cumplidos, es decir C.P.O. a los seis años, a los siete, etc. y para que el estudio tenga confiabilidad estadística, el número de niños estudiados en cada grupo de edad, no - debe ser menor de cien.

El fundamento para la obtención de este índice está en que, al hacer la obser - vación de una boca, podemos saber si ha enfermado de caries y si el padecimien - to se ha extendido en ella, (pues un órgano dentario que ha sido atacado, jamás - volverá a su condición original) es decir, o bien sigue avanzando la lesión hasta -- originar la pérdida del diente, o bien la boca es artificialmente liberada del daño y restaurada. Así pues, tres condiciones serán registradas al realizar el estudio: a - saber: número de dientes con caries, obturados, perdidos.

Al final de las siglas C.P.O. se acostumbra escribir la inicial de la unidad utilizada para medir, que en este caso ha sido "diente", por lo que el índice se expresará como C.P.O.D.- Este índice debe utilizarse cuando se trate de pacientes entre los seis y los quince años.

Otro índice similar, pero un poco más minucioso, es el conocido por las siglas C.P.O.S., en el cual la unidad D se ha sustituido por la unidad S, "superficie". Para esto se considera virtualmente cada órgano dentario como si fuera un cubo; - es decir, si una de las superficies es la raíz, nos quedan cinco: mesial, distal, - lingual o palatina, bucal y oclusal o incisal. El mecanismo de obtención es el mismo y se emplea cuando se pretende saber, en un plazo relativamente corto, la rapidez de avance de las lesiones cariosas.

En virtud de que este índice está restringido a dentición secundaria, se buscó una forma de aplicarlo también a la dentición primaria. No se toman en cuenta en este caso, los dientes faltantes, ya que pudieron haberse exfoliado sin estar - cariados o aun no haber hecho erupción, para lo cual se creó el índice c.e.o., en que la e corresponde a dientes que por sus condiciones de destrucción deben ser - extraídos. En cuanto a la unidad empleada, puede ser también D. o S.

Es conveniente hacer notar que el índice C.P.O. siempre irá en aumento y, por el contrario, el c.e.o. siempre disminuirá.

El total de dientes C.P.O. se estima hasta veintiocho, en el caso del c.e.o. - hasta veinte.

De tal manera que cuando decimos que el 98% de la población mundial tiene caries, enunciamos una verdad relativa, es decir, no expresamos nada en concreto, pues el padecimiento puede haber afectado a una pieza o a varias o a la totalidad de los dientes del individuo en cuestión. Sin embargo, cuando sabemos que - en determinada zona los escolares de doce años tienen un C.P.O. de cuatro, expresamos un daño que es cuantificable y que, en un momento dado, permite el abordaje concreto de la solución del problema. Desde el punto de vista de curación y/o prevención, el dato servirá también para determinar el tiempo y recursos humanos físicos, materiales y económicos, así como la estrategia por utilizar. Como se expresó al principio, la epidemiología nos servirá de marco para las diferentes - acciones que se deben realizar.

DEFINICION DE CARIES.

Aunque se han elaborado muchas definiciones de este padecimiento, más o menos complicadas o minuciosas, para fines prácticos podríamos definir la caries simplemente como "un proceso bioquímico destructivo del tejido dentario".

Es interesante recordar que en el proceso de producción de la caries dentaria, se ven involucrados varios factores cuya presencia es indispensable, y la falta de cualesquiera de ellos puede romper el ciclo. Estos factores son la saliva, los microorganismos y el sustrato proporcionado principalmente por restos de comida.

Algunas personas han tratado de involucrar a ciertos hongos de la familia de los actinomicetos en la producción de la caries en las zonas radiculares, pero, hasta el momento, las evidencias nos hacen concentrar nuestras opiniones sobre algunas cepas de estreptococos denominados cariogénicos, que tienen la particularidad de colonizar sobre los tejidos duros del diente, formando una placa, bajo la cual se inicia la destrucción de este tejido dentario.

Este punto de vista nos lleva a aceptar que la caries dentaria sea un padecimiento transmisible.

PREVENCION DE LA CARIES DENTARIA.

Es conveniente recordar, en este momento, que el concepto de "prevención" encierra una gran cantidad de situaciones particulares que encarar, pues aunque desde el punto de vista semántico, prevenir equivale a evitar, mientras el individuo esté vivo siempre habrá "algo más" que evitar si se quiere que alcance el estado ideal de salud.

Es por esto que la prevención ha sido enfocada por diversos autores en varios momentos o niveles. Así oímos hablar de prevención primaria, secundaria, terciaria; por otro lado nos señalan los períodos prepatogénico y clínic. En fin Leavell y Clarck, en su obra al respecto, nos indican la conveniencia de actuar en cinco niveles, a los que han llamado: promoción de la salud; protección específica; diagnóstico oportuno y tratamiento precoz; limitación del daño y rehabilitación.

En el caso de la caries dentaria, debemos hacer hincapié sobre todo en los tres primeros niveles.

PRIMER NIVEL: Promoción de la salud.

Es en este momento cuando trataremos de alejar del organismo sano, los agentes causales del padecimiento.

- a) Una adecuada nutrición para lograr una correcta estructura del tejido dentario probablemente una dosis óptima del flúor.
- b) Educar a los individuos susceptibles, pero sobre todo a los niños, para que su dieta contenga elementos fibrosos que al ser masticados contribuyan a mantener sus dientes sanos.
- c) Utilizar colorantes como medio para hacer notar la presencia de placa bacteriana.

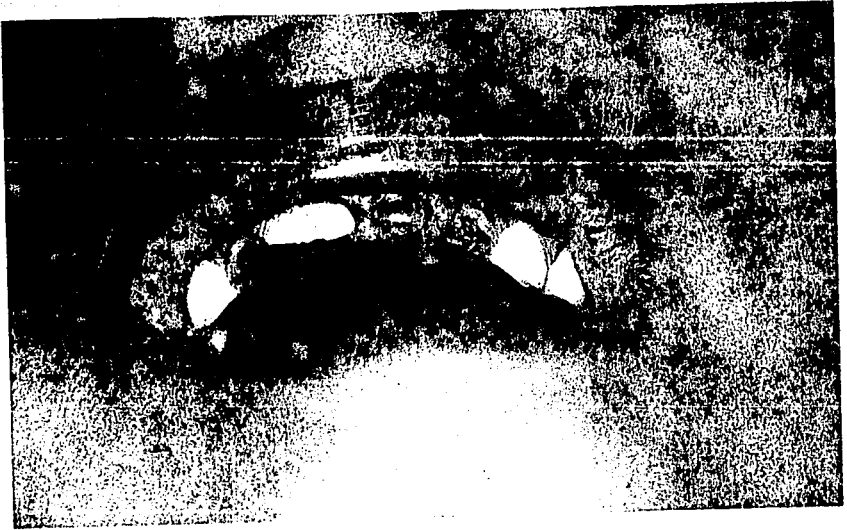
SEGUNDO NIVEL: Protección específica.

Aunque en este nivel se han seguido muchas actividades, pocas han demostrado su efectividad; quizás lo más importante sea la eliminación de cavidades cariosas y que sea utilizado también un procedimiento mecánico para rellenar las fisuras dentarias, especialmente las oclusales, con diversas resinas, en su mayoría derivadas del ácido acrílico y adicionadas con un catalizador que acelere su polimerización.

TERCER NIVEL: Diagnóstico oportuno y tratamiento precoz.

Este nivel se explica por sí mismo y quizá sólo debemos insistir en la conveniencia de los exámenes periódicos.

C A R I E S



EPIDEMIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

Las enfermedades parodontales afectan los tejidos de sostén de los órganos dentarios, inflamándolos y destruyéndolos. Aunque este proceso no siempre es doloroso, sí no es tratado a tiempo y adecuadamente, la consecuencia final será la pérdida del diente afectado; por lo tanto, es necesario tener presente que -- estos padecimientos constituyen una forma de ataque a la salud del individuo.

La parodoncia es una disciplina joven, pues sólo hasta 1950 lograron aplicarse en ella los elementos del método científico. Con estos aportes se inició el conocimiento de su etiología y de su historia natural, a partir de la consideración de varios factores coadyuvantes, tales como edad, raza, sexo, aspectos socioeconómicos y hábitos personales. Esto también ha permitido desarrollar algunas formas de tratamiento y de prevención de la enfermedad.

Se han realizado muchos estudios epidemiológicos que han demostrado no sólo la alta incidencia de esta enfermedad, sino también un aumento en su severidad, paralelo a la edad del paciente a partir de los 20 años.

A pesar de estos conocimientos, las enfermedades parodontales han recibido poca atención por parte de los servicios de salud y de un sector de la profesión odontológica. Para recalcar la importancia que dichas enfermedades tienen, es necesario no olvidar las recomendaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa y la Academia Americana de Parodoncia.

Si bien la epidemiología ha contribuido a solucionar cuestiones de muy diversa índole, la Parodoncia ha desempeñado también un papel muy importante. Puede señalarse que el problema existe y que afecta a muchos individuos; pero aún es necesario profundizar en el estudio de su etiología, historia natural, terapéutica y prevención, así como en el de los índices necesarios para cuantificar su desarrollo.

Las enfermedades parodontales se manifiestan de diversas maneras, lo que ha dado lugar a la confección de varias clasificaciones en las que existe, sin embargo, un factor común: la diferencia entre formas agudas y crónicas.

Como en general las formas agudas (como la gingivitis ulcerosa aguda o los abscesos parodontales) son poco frecuentes en los niños, la atención deberá concentrarse en lo que algunos autores han llamado enfermedades parodontales crónicas, - que en resumen son las siguientes:

GINGIVITIS: En este proceso se aprecia en la encía cambio de color y de consistencia, inflamación y tendencia a sangrar.

PERIODONTITIS: Además de los síntomas anteriores, en esta forma crónica se afecta el tejido de sostén del diente, aparecen bolsas parodontales y el margen gingival se retrae y se desplaza en sentido apical, dejando al descubierto el cemento dentario. En este cuadro se produce también la osteoclasia de las crestas alveolares. Dichos factores provocan la movilidad de los dientes, pudiendo incluso ocasionar su pérdida.

La causa de estas enfermedades ha sido atribuida principalmente a la existencia de la placa bacteriana dental al concluir que la enfermedad es más severa -- cuando se asocia al sarro la placa bacteriana.

Algunas investigaciones concluyen que hay diversas variaciones que influyen en el desarrollo de la enfermedad; de esta manera se señalan las siguientes modalidades:

DEMOGRAFICAS:

La prevalencia es menor en mujeres que en hombres, independientemente de la clase social.

En las clases sociales bajas, la incidencia aumenta respecto de las altas.

La abundante pigmentación de la piel, denota una acusada presencia de la enfermedad.

HORMONALES:

En los niños la gingivitis aumenta hasta que éstos cumplen 12 años y a partir

de esta edad, disminuye notablemente debido al efecto de las hormonas sexuales -
circulantes.

Durante el embarazo aumenta la severidad de los procesos parodontales.

PADECIMIENTOS GENERALES:

Las relaciones más importantes se encontraron con la diabetes mellitus y con la cirrosis hepática. También son de tomarse en cuenta algunos padecimientos --
mentales, entre los que destaca el síndrome de Down, debido al bloqueo metabó-
lico en la formación de colágeno.

FACTORES IATROGENICOS Y PREDISONENTES:

Implantaciones dentarias incorrectas que facilitan la retención de restos ali-
menticios.

OCCLUSION TRAUMATICA:

Glickman opina que este factor no puede iniciar el proceso, pero si aumen-
tar su severidad.

Como puede verse, por el panorama epidemiológico señalado, los conocimientos
en torno a este padecimiento son aún muy incompletos, sobre todo respecto de su
etiología e historia natural que impiden desarrollar los mecanismos adecuados tanto
de prevención como de tratamiento para lograr un correcto control de estas enfer-
medades.

Por el momento no existe una división clara entre las parodontopatías. En -
consecuencia, las medidas propuestas para ambos procesos tienen una gran rela-
ción entre sí.

- 1) Tratar de eliminar la causa reduciendo los irritantes y controlando la pobla-
ción bacteriana de los surcos gingivales.
- 2) Favorecer la resistencia de los tejidos facilitando el acceso a los sitios de di-
fícil limpieza y corrigiendo restauraciones mal ajustadas, así como procurar -
una buena relación oclusal.

- 3) Disminuir los efectos de la enfermedad, es decir, limpiar los residuos de tejido destruido por el mismo proceso patológico.

Para lograr estos puntos, se han ideado diversos tratamientos, entre los que destacan los siguientes: remoción periodontal de irritantes (curetaje), gingivectomía y gingivoplastia, cirugía mucó-gingival, cirugía ósea, fijación de los dientes, empleo de drogas y de dietas específicas y aun psicoterapia. Es lógico suponer que también se hayan empleado todas las posibles combinaciones de estos tratamientos, al grado de que Ratcliff señala que existe tal diversidad de procedimientos y métodos basados únicamente en la experiencia clínica, que la nomenclatura se ha vuelto extraordinariamente confusa.

Por otro lado, no existe uniformidad en los objetivos de cada tratamiento, ya que cada uno de ellos está encaminado exclusivamente a la eliminación de un síntoma. Aún se desconocen los parámetros para poder hablar de salud o enfermedad parodontal, pero salta a la vista que éstos deberían estar basados en datos clínicos, bioquímicos e histológicos, en hallazgos radiológicos y en la medida de la movilidad dentaria, ya que la ausencia de un síntoma no garantiza la de los demás.

En resumen, de los estudios anteriores, puede concluirse que la profilaxis aplicada regularmente por un profesional, es más importante que cualquier otro tratamiento.

REPORTE DE LA REVISION DENTAL REALIZADO EN PACIENTES CIEGOS Y DEBILES VISUALES

Se revisó una muestra de 100 pacientes ciegos y débiles visuales del Instituto Nacional para la rehabilitación de niños ciegos y débiles visuales pertenecientes al servicio nacional para el desarrollo integral de la familia (DIF) cuyo rango de edad varió entre 2 y 17 años, de ambos sexos; para obtener los datos pertenecientes a caries dental en cualquiera de sus 4 estadíos; placa dento-bacteriana clasificada de 0 a 3 según la cantidad como datos principales.

1.- Caries dental. Se revisaron 100 niños del grupo escolar del INNC de los cuales 62 eran ciegos y 38 débiles visuales, el 100% padecía caries dental de clase (I, II, III, IV y V) todos ellos están naturalmente atendidos en departamento de servicio dental del Instituto mencionado mediante la rehabilitación con amalgamas, resinas, coronas de policarbonato, coronas de acero, cromo y cementos temporales según el diente a tratar.

Esta gran prevalencia de caries en grupo de estudio se debe al bajo nivel económico-social del que procede la mayoría de niños, factor que aunado a la dificultad de aprendizaje y la falta de higiene bucal, al no tener pleno control de su conducta debido en muchos casos no sólo a su defecto ocular, sino también a otros impedimentos físicos asociados con cardiopatías, parálisis cerebral, etc., en los niños dependen estrechamente de su madre o tutor. Desgraciadamente, éstos a su vez presentan serios problemas de integración familiar.

Por otro lado cabe señalar el 52% eran niños cuyas edades fluctuaban entre 2 y 17 años lo que implica una signi-

ficativa a diferencia desde el punto de vista estadístico. Sin embargo se observó una relación directa entre el aumento en la incidencia de caries con respecto a la edad.

2.- La placa dento-bacteriana: El incremento por el avance de edad puede deberse a numerosas causas que frecuentemente se asocian, como la variedad en la dieta por el uso frecuente de alimentos nocivos para dientes y encías (como los carbohidratos, harinas, etc.) durante el cambio de dentición, se produce un mayor aumento en retención de alimentos el cual se ve favorecido por el gran índice de malposición dentaria que se presenta, también es necesario tomar en cuenta que los padres le prestan mayor atención a la higiene bucal de los niños pequeños que a los mayores, en ciertos niños con patología craneofacial, las alteraciones de la cavidad bucal favorecen un medio ambiente propicios para desarrollo de placa bacteriana.

Cabe señalar que a la presencia de la placa dento-bacteriana se observó mayor incidencia en el nivel 2 que representa a $2/3$ del segundo lugar el nivel 3 que es $3/3$; posteriormente el nivel 1 que $1/3$ diente y muy raro el nivel. Podemos señalar que se revisaron niños de 2 hasta 17 años de ambos sexos y cuyo porcentaje según el nivel 2 es de un 40%, el nivel 3 es de un 30% y el 1 es de un 25%. El nivel 0 es de 5%; estos porcentajes, se toma en cuenta a ciegos y débiles visuales y defectos de oclusión, en donde como ya mencionamos existe un alto índice.

Sin embargo, esos defectos de oclusión dental, aparentemente se van incrementados en las edades comprendidas entre los 8 y los 13 años. La erupción se produce en condiciones --frecuentemente desfavorables, que llevan rápidamente a presencia de lesiones cariosas de los molares, mesialización del --primer molar y caries generalizada de los dientes anteriores,

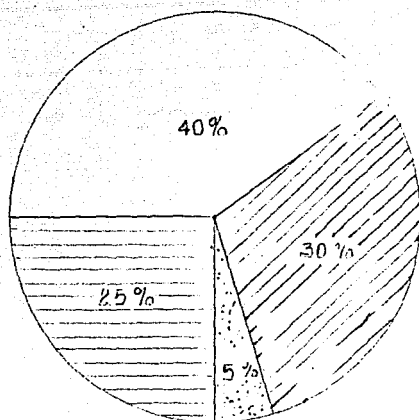
además, en varios de estos niños, existe falta de desarrollo apropiado de los maxilares.

Algunos pacientes presentaron macrognacia, otros severos mal posiciones. En algunos casos se encontraron síndromes craneofaciales específicos, hipoplasia dentarias y aún, anodoncia. En las edades comprendidas entre los 14-15 años, la incidencia de maloclusiones disminuyó debido a que muchos de los jóvenes habían recibido tratamiento odontológico apropiado incluyendo la colocación de prótesis fija, colocación de bandas, etc. corrigiéndose así las maloclusiones que habían presentado previamente.

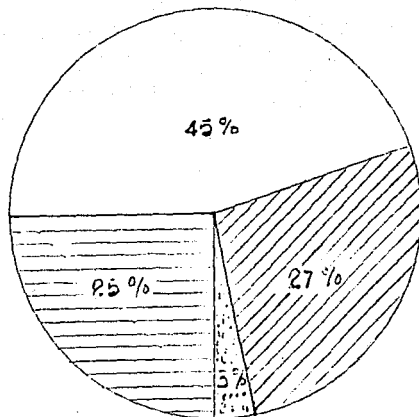
Es posible afirmar que el tratamiento odontológico de pacientes ciegos y débiles visuales no difieren mucho en realidad de la metodología habitual del paciente sano, pero si es necesario considerar que estos pacientes, debido a su impedimento visual, presentan otros tipos de problemas psicomotores, problemas neurológicos, discracias sanguíneas., enfermedades congénitas del corazón, etc. y que podrán presentar mayor dificultad en algunos casos. Es válido utilizar algún medicamento sedante auxiliar para su tratamiento. Por lo expuesto anteriormente, podemos concluir que en la ciudad de México el padecimiento bucal principal que sufren los niños y adolescentes ciegos y débiles visuales es la caries. En segundo lugar se encuentran la placa bacteriana, presentes en el 95% de la población revisada.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

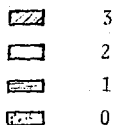
Placa Dento-Bacteriana



Resultados obtenidos según revisión de pacientes niños ciegos y débiles visuales.



Resultados obtenidos según revisión de pacientes niñas ciegas y débiles visuales.



CONCLUSIONES

La práctica odontológica cotidiana, según pudo observarse al realizar este trabajo, no considera la atención del paciente invidente a pesar de índice tan elevado de afecciones buco-dentales que presentan este tipo de pacientes.

Comúnmente las personas invidentes se encuentran alejados de la sociedad, ocultándose por temor a causar lástima, lo cual nos lleva a desconocer el problema y a formar experiencia con respecto al trato de niños invidentes. Muchos cirujanos dentistas no tienen idea de lo que es estar invidente y de como actúa ese núcleo de la población; resulta difícil controlar la ansiedad que se presenta al recibir a un paciente de este tipo y que se manifiesta al no saber ni que decir, qué hacer o cómo actuar.

Es necesario tomar conciencia de los problemas que presentan estos pacientes y de la necesidad de atención adecuada, para no delegar el problema solamente a las instituciones gubernamentales que se preocupan por éstos pacientes, - sino por el contrario enfrentar la necesidad de atención de estas personas con conocimiento pleno en la forma de tratarlas para así elevar el nivel del odontólogo general en México.

BIBLIOGRAFIA

Finn B. S. Odontología Pediátrica,
Ed. Interamerican, pp. 4-40,
abril 1981.

Nowack, A. Odontología para el Paciente Impedido.
Buenos Aires, Argentina,
Editorial Mundi, pp. 255-277,
mayo 1979.

Padilla F. Oftalmología Fundamental.
México. Editorial Méndez Cervantes,
p. 35.
1977.

Trevor D. P. Apuntes de Oftalmología.
España,
Editorial Médica y Técnica.
p. 76 - 1978.

Problemas Dentales del Niño.
J. Durán Von arx.
pp. 3-35
Ediciones Ballesteros - 1981

Revista Odontólogo Moderno.
p. 7-20,
Abril - mayo 1979.

Revista El Odontólogo Moderno.
p. 27-34,
Agosto - septiembre 1979.

Revista Odontólogo Moderno.
p. 19-27,
Octubre - noviembre 1979.

Revista Práctica Odontológica.
p. 55,
Mayo - junio 1979.

Odontología Preventiva.
I.R. Woodal B.R. Dafol,
p. 373 - 387,
Interamericana 1983.

Oftalmología Aplicada.
Manual de Oftalmología Básica para el Médico
no Oftalmólogo y el Estudiante de Medicina.
OPS/OMS/ Salvat.
p. 20 - 48.

JORGE GRANADOS SANCHEZ.