



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**SALUD BUCAL PARA NIÑOS CON NECESIDADES
ESPECIALES.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

PERLA BEATRIZ CASTILLO BARRERA

TUTORA: ESP. ROSA EUGENIA VERA SERNA



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.

De manera especial te quiero agradecer mamá: por tu amor, comprensión y apoyo sin condiciones ni medidas para poder conseguir esta meta. Por brindarme la estabilidad económica que tan necesaria ha sido para esta carrera. Gracias por enseñarme que la dedicación y constancia al final conlleva a una recompensa. Tu esfuerzo, se convirtió en mi triunfo y el tuyo. Gracias por todo.

A ti hermana porque siempre me has dado esa ayuda necesaria, aunque en algunos momentos ha sido difícil, pero gracias por estar a mi lado y apoyarme Te quiero mucho.

Quiero agradecerte por tu tiempo, paciencia, por ser alguien que ha estado en todo momento a mi lado, porque siempre has confiado en mí, por darme esa energía para seguir adelante y principalmente por ser el complemento de mi vida. Te amo Said.

No puedo olvidar el agradecerte a ti abuela por ese cariño, tiempo y dedicación que me has otorgado.

Quiero agradecerte a ti Felipe Magaña por ser ese pilar que me ha dado seguridad en momentos difíciles, por compartir tu tiempo en esas ocasiones en las cuales nos hemos divertido y sobre todo por ser una de las personas en quien más confié.

Gracias Dra. Rosi Vera, por ser mi tutora, por sus consejos, paciencia, opiniones que me sirvieron para que me sienta satisfecha de este trabajo y brindarme su ayuda en todo lo que le ha sido posible.

Dr. Angélica Castillo, ha sido un gran apoyo, que me ha ayudado como guía durante esta agradable y difícil carrera. Espero siempre contar con su afecto. Gracias

Rosario: Por esa amistad tan instantánea que hubo a los pocos días de verte conocido y que hasta el día de hoy sigue dando frutos es una de las cosas más maravillosas que me pudo haber pasado al entrar a la facultad. Y sobre todo por darme esa gran ayuda en el momento en que más lo necesite, por los momentos que hemos compartido, y simplemente por ser mi amiga. T.Q.M.

*Lilia: Gracias por haber estado en este largo camino, por hacer esos momentos tan difíciles mucho más amenos, por compartir tantas cosas, paseos, secretos, tiempo, esperanzas, desilusiones y sueños. Por ser una personita en la cual puedo confiar sin dudas.
Amiguis!! Te quiero mucho*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. PACIENTE CON DISCAPACIDAD

1.1	Definición	3
1.2	Clasificación	5
1.3	Epidemiología	6
1.4	Discapacidades más comunes	9

2. ABORDAJE DEL PACIENTE CON DISCAPACIDAD

2.1	Situación de familia	11
2.2	Discapacidad sensitiva	13
2.2.1	Discapacidad visual	13
2.2.2	Discapacidad auditiva	16
2.2.3	Discapacidad de lenguaje	18
2.3	Discapacidad mental	20
2.4	Discapacidad motora	22
2.5	Cuidados en la atención	24
2.6	Posiciones para la higiene oral	24
2.6.1	Pacientes ambulatorios	24
2.6.2	Pacientes no ambulatorios	25
2.6.3	Paciente en silla de ruedas	26
2.6.4	Apoyo y control de la cabeza	26
2.6.5	El control de las manos	26
2.7	Equipo para el paciente	27
2.7.1	Cabezales	27
2.7.2	Apoyos bucales	28
2.8	Dispositivos de higiene oral	29

2.8.1 Cepillos dentales.....	29
2.8.2. Hilo dental.....	31
3. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD BUCAL	
3.1 Prevención.....	32
3.2 Atención temprana odontológica en la discapacidad.....	35
3.2.1 Factores que determinan el nivel de riesgo.....	37
3.3 Técnicas preventivas.....	38
3.3.1 Técnicas para el revelado de placa dentobacteriana.....	38
3.3.2 Cepillado dental, uso de hilo y pasta dental.....	38
3.3.3 Control químico de la placa dentobacteriana.....	40
3.3.4 Fluoruros.....	41
3.3.5 Selladores de fisuras y fosetas.....	44
3.3.6 Consejos dietéticos.....	45
CONCLUSIONES	47
BIBLIOGRAFÍA	50

INTRODUCCIÓN

Una persona discapacitada es aquella que presenta uno o más problemas físicos, médicos, mentales o emocionales, que originan la limitación de capacidad para funcionar normalmente en la satisfacción de las actividades de la vida diaria. En México están discapacitadas más de 1 millón de personas.

Hablar de discapacidad, en su sentido más amplio, es referirse a limitaciones en el desarrollo humano. Esta deficiencia física, psíquica o social, no está dada exclusivamente en función del déficit del sujeto que la padece, sino también por el entorno social de pertenencia.

El manejo de la discapacidad cada vez cobra más interés en los profesionales de la salud. Las personas portadoras de signos y síntomas que se alejan de la regularidad exigen maniobras y cuidados específicos, por lo que se consideran pacientes especiales.

Las personas especiales a menudo presentan mayor necesidad de atención odontológica que sus contrapartes saludables. Esto se debe a que las discapacidades por sí mismas presentan alteraciones orales (defectos en esmalte, apiñamiento dental, flujo salival reducido etc.) pero es más común que los problemas orales se deban a la limitación de las capacidades de la persona (ineficiente coordinación motriz) o de sus familiares para comprender y realizar las tareas de la higiene oral, una falta de comprensión acerca de la importancia de la atención odontológica preventiva y la imposibilidad de financiar la atención odontológica.

Igualmente está afectada negativamente por la medicación, terapias o dietas especiales que ellos requieren o por las dificultades en la higiene bucal diaria.

Un cambio de actitud de los padres y del odontólogo con relación al niño o adolescente discapacitado, reconociendo sus posibilidades de tratamiento, ayudará a que disminuya progresivamente el aislamiento en que se les ha tenido, considerándose sus requerimientos de recursos materiales

y humanos con características especiales para su atención. El profesional de la salud debe mostrarles un genuino interés ya que con paciencia, comprensión y un alto sentido humano es posible el control de muchos de estos niños.

Cuando un paciente discapacitado se presenta en un consultorio dental, el odontólogo debe desarrollar un plan de tratamiento que enfatice la prevención.

Los odontólogos no deben solamente estar bien capacitados para el diagnóstico, plan de tratamiento y odontología restauradora sino deben estar preparados también para modificar la conducta de sus pacientes y enseñarles cómo cuidar sus bocas. Una cavidad oral limpia es una de las necesidades de salud más importantes durante toda la vida y estará influenciada por su habilidad de darles al niño y a sus padres la orientación necesaria.

Este trabajo es un medio para difundir el conocimiento de determinadas pautas de trabajo, en beneficio en el ejercicio de nuestra profesión, considerando las características del trabajo profesional. Se ha realizado una guía que contiene determinadas pautas útiles para la atención del paciente discapacitado en materia de prevención. Esperando que se convierta en un profesional lo suficientemente capaz de tratar sin complicaciones ni problemas en su consulta, cualquier paciente discapacitado en lo referente al cuidado de su salud bucal.

1. PACIENTE CON DISCAPACIDAD

1.1 DEFINICIÓN

El término paciente especial se designa a aquel paciente que presenta características o condiciones que lo hacen singular frente a lo ordinario.¹

Existen dos grupos de pacientes denominados especiales: los pacientes médicamente comprometidos y los pacientes discapacitados (físicos, psíquicos o sensoriales).

Los pacientes que en la época actual pueden considerarse médicamente comprometidos son todos aquellos con patologías crónicas y tratamientos de larga duración, pero especialmente aquellos que necesitan cuidados especiales al momento de realizar cualquier intervención mínimamente quirúrgica, como hipertensión, diabetes, problemas hepáticos, patologías cardíacas, alteraciones sanguíneas, inmunodeficiencias que son enfermedades que aunque controladas son riesgos latentes e importantes en una consulta normal.²

En este trabajo se revisará a los pacientes discapacitados. Se considera que el niño que presenta alguna alteración en el desarrollo motor, psíquico o sensorial y que presenta por ello, una limitación de sus actividades, sufre una discapacidad; situación que ha sido nominada a través de los años con diversos términos, como deficiencia, determinado grado de minusvalía, subnormalidad, retraso psicomotor y retraso mental, cuando están afectadas sólo las capacidades intelectuales.

El término “subnormalidad” fue uno de los más utilizados hace unos años, pero en la actualidad está desechado, porque ha sido utilizado en muchas ocasiones de forma peyorativa y además, por las dificultades para establecer hoy día el límite de la línea de la normalidad.³

¹ Silvestre Donat F, Plaza Cost A. Odontología en pacientes especiales, Valencia. Edit. PUV, 2007. pág. 15.

² Boj J. Odontopediatría. Barcelona España. Editorial MASSON, 2004.

³ Martí M. La discapacidad en el niño. El ayer y el hoy. Actualización conceptual y prevención. Canar Ped. Volumen 32, nº 2. pág. 151

La Organización Mundial de la Salud Mental en el año 1980, presentó un documento de “Clasificación de Deficiencias y Discapacidades y Minusvalías” (CIDMM), que define a las personas con discapacidad, del cual se desprenden las siguientes definiciones:

La deficiencia es toda pérdida o anormalidad, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano o estructura corporal, o cualquier defecto en un sistema funcional corporal. Ej. Pérdida de la vista, de la memoria o la pérdida de un miembro.

La minusvalía es la situación desventajosa en que se encuentra una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide, el cumplimiento de una función que es normal para esa persona, según la edad, el sexo, los factores sociales y culturales. Ej. Imposibilidad de conseguir empleo, ausencia de las relaciones sociales, o estados depresivos o ansiedad.

La discapacidad es toda restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad en la forma normal, o dentro del margen considerado normal para el ser humano, como consecuencia de padecer una deficiencia.⁴ Por ejemplo, la perturbación en la capacidad de aprender, o la dificultad para vestirse por sí mismo.

Actualmente el término que mejor engloba a todas las alteraciones que pueden presentarse en las personas que no se desarrollan, que no se comunican, que no se mueven y que no son capaces de integrarse en la sociedad como la media de la población es el de *discapacidad*.⁵ Y la ley general de las personas con discapacidad la describe como: Toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más

⁴ Egea García C., Sarbia Sánchez A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Artículos y notas noviembre 2001.pág.16

⁵ Martí M. Art. cit. pág. 152

actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.⁶

1.2 CLASIFICACIÓN

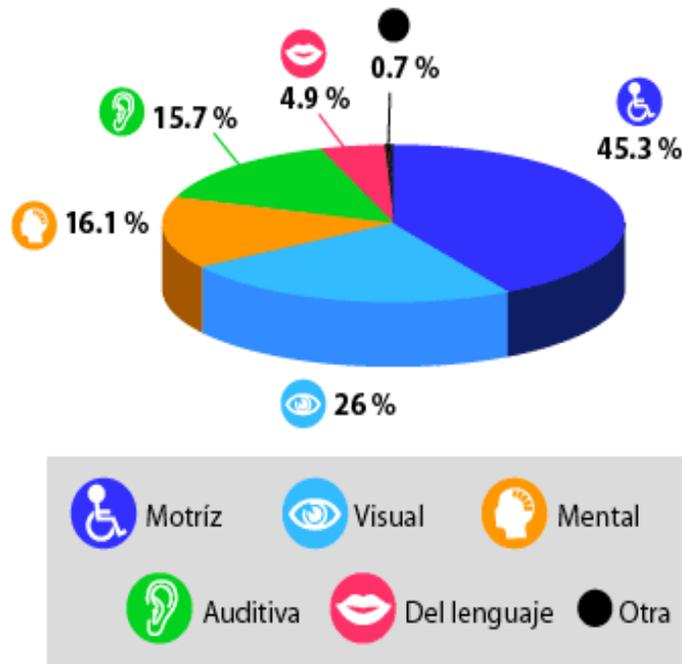
Se numeran por grupos, según existan alteraciones en las funciones motoras, funciones cognitivas, sensoriales o por alteración global de todas sirviéndonos estos parámetros para establecer una clasificación funcional de las mismas (Gráfica 1). Los más conocidos son:

- **Motriz.** Se refieren a la pérdida o limitación de una persona para moverse, caminar, mantener algunas posturas de todo el cuerpo o de una parte del mismo (ej. displasias óseas malformaciones esqueléticas, enfermedades neuromusculares).
- **Visual.** Incluye la pérdida total de la vista, así como la dificultad para ver con uno o ambos ojos.
- **Mental.** Abarca las limitaciones para el aprendizaje de nuevas habilidades, alteración de la conciencia y capacidad de las personas para conducirse o comportarse en las actividades de la vida diaria, así como en su relación con otras personas.
- **Auditiva.** Corresponde a la pérdida o limitación de la capacidad para escuchar.
- **De lenguaje.** Limitaciones y problemas para hablar o transmitir un significado entendible.⁷

⁶ Antúnez Farrugia M. Balcázar de la Cruz A. Diagnóstico sobre discapacidad en México. Última Reforma DOF 01-08-2008

⁷ cuentame.inegi.gob.mx/impresión/población/discapacidad.asp

GRAFICA 1. Distribución porcentual de la población según tipo de discapacidad, 2000⁸



La suma de los porcentajes puede superar 100% porque algunas personas presentan más de una discapacidad.

1.3 EPIDEMIOLOGÍA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que aproximadamente 10 por ciento de la población mundial padece alguna discapacidad; alrededor 650 millones de personas en todo el mundo viven con déficits.⁹

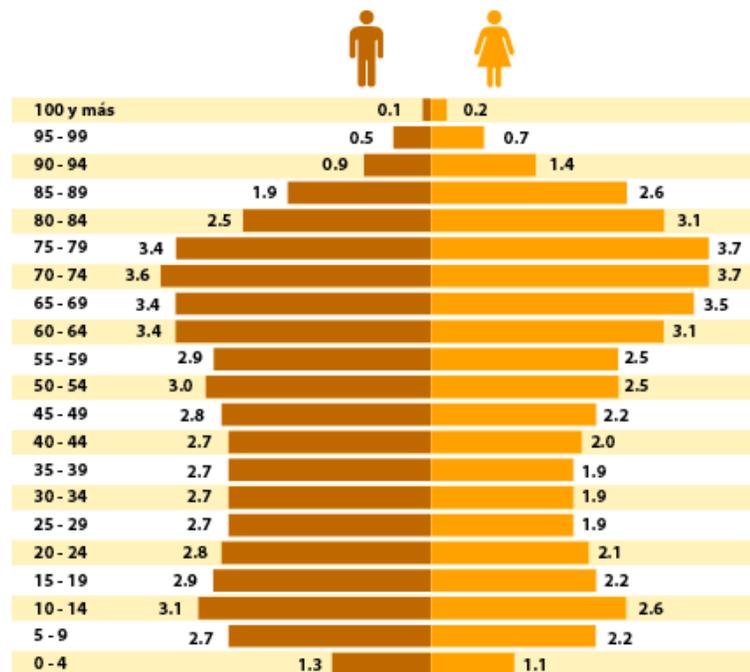
La discapacidad en México: en el año 2000, las personas que tienen algún tipo de discapacidad son 1 millón 795 mil, lo que representa 1.8% de la población total. En la población según la edad los grupo de 10 a 14 años y de 60 a 79 años se incrementa el porcentaje de personas con discapacidad.

⁸ Ib.

⁹ Martí M. Art. cit. pág. 152

Por el contrario, los puntos más bajos se presentan en los grupos de edad de 0 a 4, de 15 a 39, así como en el de 80 años y más ¹⁰ (gráfica 2).

GRÁFICA 2. Distribución porcentual de población según grupos de edad y sexo, 2000.¹¹



De los cuales en el 2000, cerca de 236 mil eran niños de 0 a 14 años tenían algún tipo de discapacidad; 35.1% presentaban una discapacidad de tipo motriz y 33.9% de tipo mental, siendo éstas los tipos principales, seguidos por la visual (15.1%), auditiva (12%) y del lenguaje (10.3%), por sexo, las proporciones son similares¹² (Gráfica 3).

Las causas de discapacidad en los niños, se relacionan principalmente con el nacimiento, que incluyen las genéticas y las originadas en el periodo

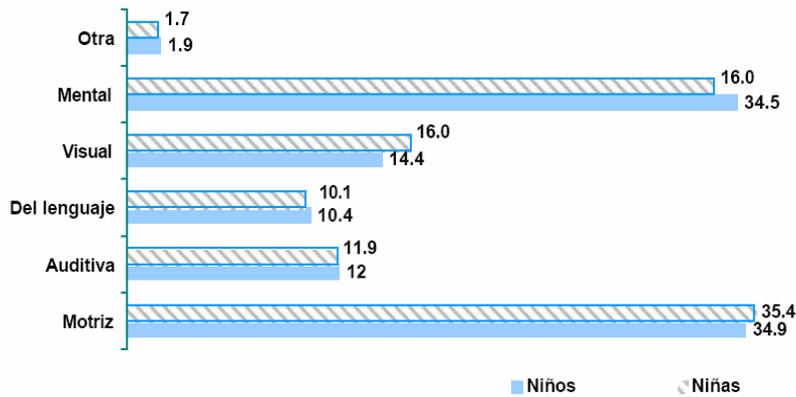
¹⁰ <http://cuentame.inegi.gob.mx/impresión/población/discapacidad.asp>

¹¹ Ib.

¹² INEGI. Estadísticas a propósito del día del niño, datos nacionales.

perinatal; en orden de importancia le continúan las ocasionadas por las enfermedades.¹³ (Gráfica 4)

GRÁFICA 3. Porcentaje de la población con discapacidad por tipo según sexo, 2009.¹⁴



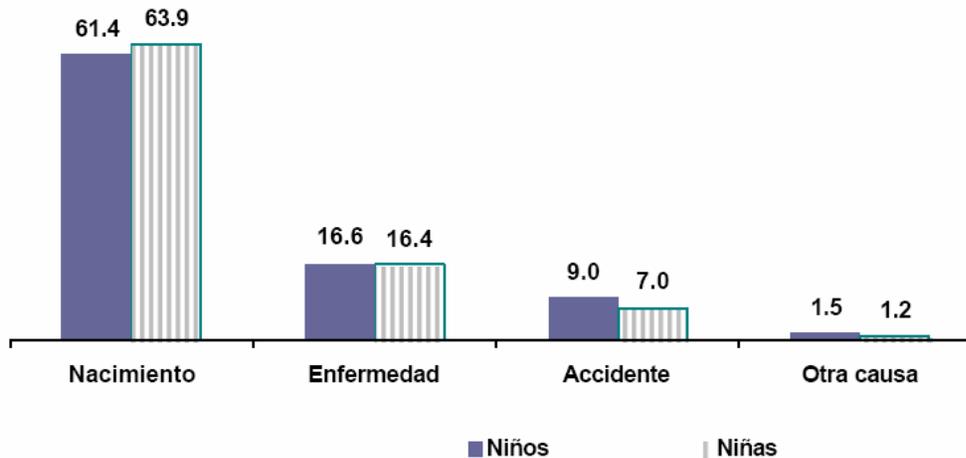
Notas:

No especificado: 0.3% de niñas y 4% de niños

La suma de los tipos de discapacidad puede ser mayor a cien, debido a que existe población que presenta más de un tipo de discapacidad.

Fuente: INEGI. XIICGPV2000

GRÁFICA 4. Distribución porcentual de la población infantil con discapacidad según causa de la discapacidad por sexo, 2009.¹⁵



1.4 DISCAPACIDADES MÁS COMUNES

➤ Parálisis cerebral

Es un trastorno de la función motora producido por una lesión o defecto cerebral no progresivo y permanente, que comprometen el movimiento, el aprendizaje, la audición, la visión y el pensamiento y que ocurren debido a problemas con el desarrollo cerebral.¹⁶

➤ Discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. La discapacidad intelectual se ha de manifestar antes de los 18 años de edad.¹⁷

➤ Sordera

Trastorno caracterizado por la pérdida completa o parcial de la audición.

Es un impedimento del oído que es tan severo que el niño resulta impedido en procesar información lingüística a través del oído, con o sin amplificación.¹⁸

➤ Ceguera

La ceguera o amaurosis es la ausencia completa o casi completa del sentido de la vista. Puede estar causada por un obstáculo que impide la llegada de los rayos de luz hasta las terminaciones del nervio óptico, por enfermedad del nervio óptico o del tracto óptico, o por enfermedad o alteración en las áreas cerebrales de la visión. Puede ser permanente o transitoria, completa o

¹⁶ Diccionario de Medicina Editorial Océano Mosby 4ª ed.

¹⁷ <http://www.feaps.org/biblioteca/documentos/discapacidad.htm>. Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual. Discapacidad intelectual.

¹⁸ Diccionario de Medicina Op.cit. pág 1178-1179.

parcial, o aparecer sólo en situaciones ambientales de poca luz (ceguera nocturna).¹⁹

➤ **Autismo**

Trastorno mental caracterizado por una inhibición extrema y una concentración anormal en la fantasía acompañada de ilusiones, alucinaciones e incapacidad para comunicarse verbalmente o por cualquier otro medio con el ambiente externo.²⁰

➤ **Hiperactividad**

Significa actividad incrementada o excesiva. Un niño hiperactivo tiene una conducta exacerbada, ajuste dificultoso a las circunstancias sociales y nerviosismo.²¹

¹⁹ Ríos González Y. Silot Wilson E. Paciente discapacitado. Normas para su atención en Odontología. Odontología Online.

²⁰ Ib. pág 133.

²¹ Ib. pág. 672

2. ABORDAJE DEL PACIENTE CON DISCAPACIDAD

2.1 SITUACIÓN DE FAMILIA

El entorno en que vive el niño con discapacidad es un importante determinante de la salud dental. Es probable que en la mayoría de los casos el niño discapacitado viva con su familia en una forma similar a la de los niños no discapacitados. Se requerirá el apoyo de los padres para satisfacer sus necesidades diarias. Los padres serán responsables de dar seguimiento a las recomendaciones de varios profesionales de la salud que les ayudan a los niños. La capacidad de ellos para responder a las necesidades del niño dependerá de su respuesta emocional, lo que puede variar de vez en cuando y afectar el resultado en las influencias positivas o negativas en su cuidado.

El niño no tiene la capacidad de satisfacer las necesidades dentales de los chicos regulares. Este problema puede empezar muy temprano en la vida del menor y tener efectos destructivos sobre su salud dental. Los infantes con trastornos del desarrollo a menudo no son destetados tan pronto como los demás niños, debido a la incapacidad para aprender a beber de una taza.

Los sentimientos de los padres hacia sus hijos deficientes a menudo comienzan como la negación del problema. Esta reacción es una estrategia para hacer frente común y es de esperar en muchos casos. La etapa de negación tendrá una duración de periodos de tiempo variables y a menudo impiden a los padres buscar ayuda profesional necesaria. La reacción va tan lejos como un rechazo o incluso negligencia grave.

La culpa es otro sentimiento muy común de los padres, esta reacción no es generalmente relacionada con lo que hicieron o no hicieron, simplemente es un gran sentimiento de culpa irracional por haber traído al niño al mundo. Los padres a menudo intentan reducir sus sentimientos de culpa con los excesos, que desde la perspectiva de la salud dental, con frecuencia se puede observar como una exageración de alimentos cariogénicos en la dieta del niño. Ya que tratan de complacer a los niños,

proporcionando dulces desplazando a otros importantes alimentos de la dieta, y así estableciendo condiciones que conducen a la obesidad y las caries.

Otras manifestaciones de excesos se reflejan en problemas de conducta resultantes de la incapacidad de los padres para establecer los límites adecuados en el comportamiento. Los niños que viven en estas condiciones con frecuencia tienen dificultades graves para hacer frente a las demandas de tratamiento dental o un programa eficaz de higiene oral. Los padres que han adoptado este enfoque con su hijo discapacitado necesitan ayuda profesional para que se den cuenta que así no satisfacen las necesidades reales del niño.

El niño discapacitado también genera al interior de la familia muchas tensiones adicionales y problemas como: la ausencia de control de esfínteres (esto aumentará el tiempo que el padre debe pasar con el niño), problemas para encontrar niñeras adecuadas, la enfermedad, la necesidad de ubicar las escuelas y maestros apropiados y los conflictos que se desarrollan entre los padres por el niño entre otros. Además, muchas familias tienen una carga financiera adicional debido a los gastos médicos, gastos de educación y costos de transporte, que son sólo algunos de los gastos que pueden ser más altos. Las muchas tensiones que se derivan de minusvalía del niño hacen que sea difícil para las familias continuamente proporcionar todos los cuidados que necesita su hijo.

Por lo tanto, el cuidado preventivo debe tener la prioridad necesaria para el inhibir el desarrollo la enfermedad. La experiencia ha demostrado que la mayoría de los padres puede hacer por sus hijos, las cosas que se les pide hacer.

Dependen más de los consejos de los profesionales que de su propia intuición, como lo haría para un niño normal.

Es alentador observar que una vez que los padres son conscientes de las necesidades dentales de su hijo, siguen un programa de prevención si es

cuidadosamente descrito y enseñado de manera eficaz. La capacidad de los padres a seguir el programa dental tiene poca relación con la gravedad de la discapacidad del niño. Al parecer, para algunos padres, tareas como la limpieza de los dientes a diario responden a una necesidad para proporcionar un servicio beneficioso y tangible para sus hijos. ¹

2.2 DISCAPACIDAD SENSITIVA

Con el deterioro de la audición, visión o habla del paciente se compromete la comunicación. La comunicación es un factor crítico en cualquier intento por comprometer al paciente o a la persona que está a cargo del paciente en un cambio de comportamiento, como el que se requiere para mejorar el estado de salud oral del paciente. ²

2.2.1 DISCAPACIDAD VISUAL

La discapacidad visual se refiere a la incapacidad del individuo para realizar determinadas funciones visuales como leer, escribir, orientarse o desplazarse sin ayuda. Existen otros términos que encierran dicho concepto como: vista parcial, baja visión, legalmente ciego y totalmente ciego, utilizados en el contexto educacional para describir a los pacientes con diversos impedimentos visuales en relación con su agudeza visual. ³

Los desarrollos motriz e intelectual con ceguera congénita van a estar estrechamente ligados al ambiente en que se desenvuelve, principalmente el familiar. La sobreprotección que frecuentemente reciben va a repercutir de manera negativa y probablemente, ser la causante del déficit motor, ansiedad, falta de competitividad y dependencia. ⁴

¹ Wessels K. Dentistry for the handicapped patient. Postgraduate Dental Handbook. Series volume 5. PSG Publishing company Littleton Massachussets.

² García Godoy .Odontología preventiva primaria. Editorial Manual moderno 2da edición 2005.

³ Mendoza Trejo R. López Morales P Propuestas didácticas para pacientes pediátricos con discapacidad visual. AD.M. 2006;LXIII(5):195-199

⁴ Boj. Op. cit .pág 471

Los problemas de salud bucodental en personas con discapacidad visual se ven exacerbados, debido a que estos pacientes no están en posición de identificar alguna patología en etapas tempranas, si a esto, sumamos que sea incapaz de tomar una acción inmediata como en el caso de un paciente pediátrico, las consecuencias pueden reflejarse a largo plazo.

Es por eso que nuestra obligación como cirujanos dentistas es no sólo rehabilitar al paciente, sino también educarlo con respecto a cómo mantener su salud bucodental.

Comencemos por la actitud del cirujano dentista hacia la ceguera. Es importante que primero acepte al niño ciego con una actitud positiva, en lugar de hacer énfasis en la incapacidad visual del niño, deberá incorporar los sentidos restantes del mismo.

Un programa preventivo exige que junto con la enseñanza de las técnicas para el aseo en casa, se establezca un plan educativo; esta es la fase donde el niño aprenderá de qué están hechos los dientes y el proceso evolutivo de la caries, los beneficios que reportan los procedimientos de higiene bucal adecuada y la necesidad de una correcta nutrición. Para poder realizar dicho programa debemos apoyarnos en una de las más importantes modalidades de sensopercepción, el tacto, que junto con el oído proporcionan la mayor parte de información del medio al paciente. Para esto podemos utilizar macromodelos , maquetas, tipodontos, etc.⁵ (Figura 1)

Las instrucciones sobre cepillado e hilo dental deben mostrarse con modelos de dentición de tamaño exagerado y con cepillos gigantes, estos modelos permiten al paciente con limitaciones en la agudeza visual comprender algunos de los aspectos más sutiles del cepillado, como el ángulo correcto de las cerdas en el surco gingival.

⁵ Mendoza Trejo Art. cit pág 196-197

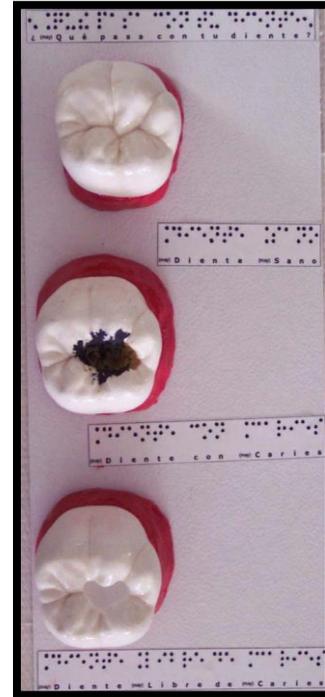
FIGURA 1.⁶



Maqueta ejemplificando el corte sagital de molar donde sus diversas estructuras (esmalte, dentina, pulpa, ligamento y hueso alveolar).



Tipodonto de acrílico utilizado en la enseñanza de técnica de cepillado



Macromodelos de molares inferiores en yeso, mostrando la preparación de una cavidad.

El hilo dental de color rojo puede ayudar cuando se demuestra su empleo a quienes presentan deterioros visuales que dificultan la observación del hilo dental blanco. También se dispone de hilo dental verde. Una vez que se comprende la técnica del hilo dental y si la agudeza visual lo permite, el paciente puede cambiar al hilo dental de color blanco.

Para demostrar las técnicas de cepillado e hilo dental, debe utilizarse un espejo de aumento para ayudar al paciente a observar el método. Muchos también proporciona un espejo con luz otro auxiliar o para aumentar la visión.

⁶ lb. pág. 197,198

Si el paciente tiene problemas visuales tan importantes que no es posible utilizar el espejo debe sensibilizársele para que sienta y huelga una boca limpia para reconocer el éxito de las medidas orales.

En el caso de las personas con cortes en el campo visual o disminución de la vista periférica, se debe estar seguro que las demostraciones se realizan dentro de este, para esto se colocará la mano del odontólogo en diversos puntos alrededor de su cara con uno o más dedos levantados. En cada punto se preguntará al paciente cuántos dedos puede ver.

Por tanto, para mejorar la comunicación con todos los pacientes es mejor conservar una posición sentada directamente enfrente del paciente, de manera que los ojos del odontólogo y el paciente estén al mismo nivel.⁷

2.2.2 DISCAPACIDAD AUDITIVA

Es importante saber cómo es la conducta del niño sordo, ya que de acuerdo a ésta deberán hacerse ciertas adecuaciones durante la consulta explicación, un ejemplo de ello es que el niño sordo, por no haber escuchado nunca la voz de los padres, tenderá a seguirlos con la mirada, sobre todo si está en un entorno desconocido, como el consultorio dental, por lo que es determinante que los padres estén cerca del pequeño. Es también de utilidad, los intérpretes (padres, familiar, etc.), quienes nos informarán desde la primera cita la manera en que se comunica el niño, si conoce algún lenguaje de señas, si lee los labios, si sabe leer y escribir. En caso de utilizar algún auxiliar auditivo, son los padres quienes pueden enseñarnos el uso del mismo, cómo se coloca y se retira, cómo se baja el volumen y cómo se apaga, por si fuera necesario manipularlo.

⁷ García Godoy Op.cit. pág. 411

Cuando se trabaja con uno de estos pacientes puede necesitarse la mímica y la demostración; si se da información por escrito, utilizar un pizarrón y un marcador de color rojo.

El paciente también se apoya en la expresión facial y en el lenguaje corporal del comunicador. Hablar con claridad y algo lento, sin exageración y con voz bien modulada, facilita la comunicación.

El modelado es también muy útil. Esto se refiere a que el niño sordo tiende a imitar las conductas que observa, de modo que si ve a otro pequeño que está en consulta y éste se porta bien. Hay que evitar las expresiones faciales exageradas, el estomatólogo no debe utilizar cubrebocas, ya que dificulta la lectura de los labios.

El auxiliar dental no llamará al niño por su nombre, a no ser que se acerque a él; lo conducirá al sillón dental, mientras que el odontólogo, el auxiliar y el intérprete se sitúan de tal forma que el paciente pueda verlos con facilidad. Es necesario que si el paciente se comunica por medio del lenguaje de señas haya una señal para llamarlo por su nombre, la atención dental del niño sordo puede ser muy gratificante para el odontólogo si recuerda que ese infante debe aprender a través de los demás sentidos; el preescolar sordo puede ser más difícil de abordar, pues no ha sido adiestrado aún para la comunicación. Después de que el niño ingresa a la escuela y aprende a comunicarse con las personas, la odontología puede ser explicada sobre una base de ver, tocar y gustar. Si se le permite tomar y sentir los instrumentos odontológicos, el pequeño se mostrará más dispuesto a recibir los procedimientos habituales.

Después de proporcionar las instrucciones sobre higiene oral, hacer que el paciente demuestre sus habilidades en modelos o en su boca, para valorar qué tan bien ha recibido el mensaje.⁸

⁸ García Godoy Op.cit. págp. 411

Para enseñar tanto al niño como a los padres la técnica de cepillado son de mucha utilidad los tipodontos, los muñecos y los títeres didácticos, ya que por su forma y colorido llaman la atención del infante (Figura 2).

Figura 2 ⁹



En el caso de que el niño viva en una institución, es imprescindible enseñar al personal de ésta las técnicas de higiene bucal y llevar un control periódico del paciente. Si se toma en cuenta que estos niños se consideran de alto riesgo a caries por tener una enfermedad de base, las citas de control deberán ser cada tres o cuatro meses (en lugar de cada seis meses) para determinar así la idoneidad de los resultados que se están consiguiendo con cada infante.¹⁰

2.2.3 DISCAPACIDAD DE LENGUAJE

Es cualquier tipo de condiciones que interfieren con la habilidad de un individuo para pronunciar sonidos, a tal grado que estos no sirven satisfactoriamente como la herramienta básica para la expresión oral. Las

⁹ www.idey.gob.mx/noticias/ver_noticias.asp

¹⁰ Madrigal M. Martínez Sandoval, De la Teja A .Canto Cervera B. Manejo estomatológico del niño sordo o con hipoacusia_ Rev. Mex. Odontología Clínica

discapacidades del lenguaje caen en varias categorías: los problemas de articulación en los que al hablar se emiten sonidos o estos son reemplazados o distorsionados por otros; problemas de voz en los que el tono, el volumen o la calidad de voz se ve afectada y el tartamudeo.

Con la práctica, un odontólogo que escucha cuidadosamente y con paciencia dicha habla puede habituarse y entenderse mucho. U otra solución es proporcionar al paciente un pizarrón de felpa con letras impresas, palabras frecuentes o imágenes.

Si bien la comunicación no oral como sonreír, retener la mano y tocar el hombro tiene una participación en la interacción paciente-odontólogo, se vuelve extremadamente importante cuando no existe otra opción. En tal caso el dentista necesita incorporar al ayudante del paciente o a un familiar, para que “lean” las necesidades del paciente. Por lo general, pueden ayudar a interpretar el mensaje de tales acciones no verbales.

La mayoría de pacientes autistas son conocidos por ser incapaces de utilizar el lenguaje de manera apropiada, y muchos representan retos importantes de manejo. En Suecia, se utilizó pedagogía visual en un grupo de niños autistas. Se mostraron imágenes de la localización y de las actividades anticipadas a los pacientes autistas, incluyendo imágenes del consultorio, por fuera y por dentro , de la unidad dental, de una boca abierta, de un espejo y de un cepillo dental. Las imágenes fueron mostradas en sus casas antes de la cita y se les dieron explicaciones, para familiarizarlos con lo que estaba por venir. La técnica demostró ser muy exitosa para la tención clínica y puede ser utilizada para actividades preventivas. ¹¹

¹¹ García Godoy Op. cit. pp 412-413

2.3 DISCAPACIDAD MENTAL

La discapacidad intelectual se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. La discapacidad intelectual se ha de manifestar antes de los 18 años de edad.¹²

La capacidad funcional de un paciente tiene tanta importancia que la prueba del coeficiente intelectual (CI) es determinante en la capacidad para beneficiarse de las instrucciones de la odontología preventiva.

Para determinar medicamente el funcionamiento intelectual se dispone de test de inteligencia. De los resultados se obtiene una edad mental que se relaciona con su edad cronológica mediante la fórmula: edad mental / edad cronológica x 100. El resultado se conoce como coeficiente intelectual. En la definición dada del retraso mental la denominación subpromedio se define como coeficiente próximo o inferior a 70 (Tabla 1).

Los niños con retraso mental leve (retrasados mentales educables) pueden ser entrenados, y aunque no aprovechan la educación escolar por completo consiguen la alfabetización y aptitudes necesarias para desempeñar un trabajo.

Los niños con retraso moderado (retrasados mentales adiestrables o entrenables), este niño no se educa o aprende solo va a ejecutar lo que se realiza de rutina como asearse, o cepillarse los dientes.

Por último los pacientes con retraso mental profundo y grave son considerados como dependientes o totalmente dependientes. Es decir son

¹² <http://www.feaps.org/biblioteca/documentos/discapacidad.htm>. **Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual**. Discapacidad intelectual.

incapaces de realizar cualquier actividad de la vida diaria, necesitará de otra persona para que lo realice.

TABLA 1¹³

Grados	Nivel de coeficiente intelectual
Leve	52-70
Moderado	36-51
Grave	20-35
Profundo	<20

Si no contamos con nivel de CI, se pueden elaborar sencillas preguntas para determinar el grado de funcionalidad. Estas se deben de dirigir al paciente, podrían referirse a tópicos de conversación cotidianos como: qué haces en la escuela, que le gusta jugar, cuál es su programa favorito. Esta información del paciente ofrece indicios de los grados de responsabilidad, comprensión, atención, destreza y memoria de los detalles.

El cepillado de los dientes es una tarea compleja que necesita dividirse en etapas discretas y muy sencillas. Esto permite al paciente seguir las instrucciones y cumplir cada etapa hasta la meta final. En la primera consulta puede ser posible atender sólo el cepillado de las superficies oclusales de los dientes y así sucesivamente en las siguientes citas dar nuevas instrucciones.

Se pueden dar como tarea para la casa recordatorios escritos o grabados. En cada cita debe pedírsele que diga o muestre lo que ha hecho desde la última consulta.

El refuerzo en el periodo de aprendizaje debe complementarse con recompensas verbales y no verbales, por ejemplo, a menudo son motivadores una sonrisa o el regalo de un nuevo cepillo dental. Todo

¹³ Boj.Op.cit.467

aprendizaje debe darse en un ambiente en el que el personal pueda demostrar calidez y amistad.

Los miembros de la familia o un ayudante, maestros u otro prestador de atención, deben asumir la responsabilidad de los programas para la atención de la salud oral de los pacientes con poca capacidad cognitiva. El personal de odontología debe instruir ampliamente a las personas elegidas, sobre las técnicas apropiadas para la salud oral del paciente.^{14 15}(Figura 3)

FIGURA 3.¹⁶



2.4 DISCAPACIDAD MOTORA

El cepillado e hilo dental requieren de habilidades motoras finas o destreza de los músculos pequeños de los dedos y manos, así como de habilidades motoras gruesas de los grupos musculares de las extremidades superiores.

Están involucrados numerosos músculos y nervios de la cabeza, cuello y extremidades superiores, como también la capacidad del intervalo de movimiento de las articulaciones, en especial hombros y codos.

¹⁴ Boj. Op. cit 467-468

¹⁵ García Godoy. Op cit. pp. 413

¹⁶ Molina Blanco J. Atención y cuidados odontológicos para los niños con síndrome de Down, Revista Síndrome de Down . Vol. 22, Marzo 2005. Pág. 18

En muchas discapacidades pueden estar afectados o limitados de manera adversa uno o más de estos músculos. Por ejemplo la parálisis cerebral, aquí las habilidades motoras finas se deterioran.

Para valorar la capacidad potencial de un paciente para usar técnicas de higiene oral, los odontólogos pueden utilizar pruebas específicas de la función de las manos, desarrolladas por terapeutas ocupacionales para evaluar la capacidad de éstas.

Si el paciente estrecha la mano del odontólogo, éste debe estar atento al vigor del saludo. A las personas con agarre débil debe pedírseles que opriman con fuerza el dedo índice del dentista, si la presión es débil, debe repetirse de nuevo al paciente que apriete el dedo tanto como pueda. La repetición varias veces con 2, 3 o 4 dedos de la mano, capacita al odontólogo para decidir cuál es el más vigoroso. En caso de determinar que el paciente se beneficiaría con uno manual, será necesario aumentar el grosor del mango del cepillo hasta que se ajuste al número de dedos de agarre más vigoroso.

Los intervalos de movimiento del codo y hombro pueden determinarse al pedir al paciente que se extienda y flexione el antebrazo o que rote el brazo. E igualmente se pregunta si puede comer por sí mismo. Las personas capaces de hacerlo, incluso si utilizan aparatos ortóticos u otros dispositivos, quizá también puedan practicar los procedimientos de higiene oral.

La mejor manera de valorar si un paciente tiene destreza y capacidad cognitiva suficientes para la práctica adecuada de la higiene oral es ofrecerles un cepillo y observar directamente el éxito logrado en el retiro de la placa intraoral.¹⁷

¹⁷ García Godoy Op. cit. pp. 414

2.5 CUIDADOS EN LA ATENCIÓN

Muchas personas con discapacidad son incapaces de realizar su higiene personal debido a déficit sensitivos, cognitivos o físicos. En estos casos se debe instruir a una persona a cargo o a un familiar para el cuidado apropiado de la salud oral del niño. Si la meta es el cumplimiento a largo plazo de las instrucciones, es fundamental la comodidad de la persona a cargo y del paciente. Por esta razón se han recomendado diversas posiciones que la persona debe asumir cuando proporcione los cuidados.¹⁸

2.6 POSICIONES PARA LA HIGIENE ORAL

Johnson y Albertson señalan que "la posición elegida deberá proporcionar apoyo para la cabeza y el cuerpo, ser cómodo para todos los involucrados, permitir la visibilidad adecuada, y tener una buena fuente de luz". También depende en gran medida de la discapacidad que presenta el individuo. Para muchos pacientes, estos requisitos no se pueden cumplir de manera adecuada en el baño. Una habitación con una silla, sofá suave o un espacio hacen un mejor lugar para limpiar los dientes.¹⁹

2.6.1 PACIENTE AMBULATORIO

Cuando el niño pueda ponerse de pie y sea cooperativo, una posición útil para el adulto es de pie detrás del niño, estabilizar la cabeza contra su costado, y abrir los labios con su mano izquierda mientras se lava con el derecho. La cabeza está estabilizada con la mano izquierda, ya que mantiene la boca abierta para proporcionar una mejor visualización.

Si el niño está en el suelo, la persona encargada debe estar sentada detrás de él sobre la silla. (Figura 4)

¹⁸ García Godoy Op.cit pp.415

¹⁹ Kenneth. Op cit pp. 97

Cuando el paciente y la persona que realiza el cepillado son de alturas similares, es más cómodo tener el paciente sentado con la cabeza estabilizada por una silla grande o en un sofá. Se les indicara a los padres o cuidador que se ubiquen de pie detrás de él.

FIGURA 4.²⁰



2.6.2 PACIENTE NO AMBULATORIO

Si el individuo está en la cama, el ayudante o padre estará de pie o junto de ella. Se debe mover a la persona a un lado de la cama, girar su cabeza hacia ti. Si es permisible, se puede apoyar y levantar la cabeza con almohadas y se coloca una toalla debajo de la barbilla del paciente. (Figura 5)



FIGURA 5.²¹

²⁰ Glassman P. Miller. C. Dental Disease Prevention and People with Special Needs. Journal of the California Dental association. 2003.

²¹ Kenneth Op. cit pág.101

2.6.3 PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS

Si la persona está generalmente fuera de la cama y sentado en una silla de ruedas durante el día, es conveniente prestar atención oral en ese ambiente. La silla puede colocarse en el fregadero, el lavabo o simplemente acercar una bandeja, taza, y toallas.²²

2.6.4 APOYO Y CONTROL DE LA CABEZA

Se debe colocar detrás del paciente, tomarlo de la cabeza, y posicionar la boca hacia arriba y hacia un lado. Envuelva su brazo libre alrededor de la cabeza para la estabilización y tome la barbilla con la mano. Use su dedo pulgar y el dedo índice para retraer los labios. Aplique presión a la barbilla hacia abajo con el pulgar colocado en el vestíbulo inferior. Use un movimiento de balanceo para fomentar la apertura si es necesario. (Figura 6)

FIGURA 6.²³



2.6.5 EL CONTROL DE LAS MANOS

Si el control de las manos es un problema, se debe trabajar con una pareja. Pídale a su compañero que tome las manos de la persona mientras se trabaja. Si esto no es posible, se debe cruzar las muñecas de la persona a nivel de la barbilla o a nivel del pecho y mantenerlos en su lugar con el brazo libre. (Figura 7)

²² Ib.

²³ Barberia Leache E. Atlas de odontología infantil. España. Ripano editorial Médica, 2005

Recomendar que la atención oral se da cuando el niño está disponible para bañarse, vestirse y otras necesidades personales.²⁴

FIGURA 7.²⁵



2.7 EQUIPO PARA EL PACIENTE

La selección de dispositivos y materiales variará de acuerdo con las circunstancias individuales de la persona discapacitada.

2.7.1 CABEZALES

Existen varias maneras de apoyar y estabilizar la cabeza y el cuello de los pacientes odontológicos discapacitados, principalmente para las personas que permanecen en sillas de ruedas. Este cabezal se fija a los brazos de silla de ruedas y se ajusta para compensar los diferentes anchos de esta y las alturas de los pacientes sentados.

En los almacenes están disponibles almohadas diseñadas para poyo de cuello que se pueden utilizar con modificaciones en caso necesario, para los pacientes con deformación de la columna cervical.

²⁴ lb. pp.10

²⁵ Kenneth. Op. cit. pp. 101

Un apoyo cefálico para la parálisis cerebral consiste en un bloque de espuma con una depresión en el centro para estabilizar la cabeza del paciente.

2.7.2 APOYOS BUCALES

De vez en cuando un paciente se niega a abrir la boca para permitir la limpieza dental. A menudo, si la persona que cepilla los dientes empieza a cepillar las caras vestibulares, el paciente pronto abrirá su boca para permitir la limpieza más eficaz. Otras veces puede ser necesario para alentar al paciente abrir la boca por la fuerza de cuña, con un dedo entre el maxilar y la mandíbula detrás del diente más distal. Si este enfoque falla podemos utilizar otros aditamentos.²⁶

Un abrebocas ayudará a mantener abierta la boca del paciente para hacer más eficaz el cuidado bucal y proteger los dedos de la asistencia. Se pueden hacer de bajo costo y fácil de usar.

Un apoyo bucal sencillo y eficaz se puede fabricar fácilmente con 2 o 3 abatelenguas envueltos y acojinados con cuadros de gasa de 5 x 5 cm, asegurados con tela adhesiva. Este apoyo puede usarse con pacientes incapaces de entender o cooperar debido a la disminución de las funciones cognitivas como deficiencia mental, también en pacientes con disfunción neuromuscular como la parálisis cerebral o distrofia neuromuscular.²⁷

También se puede humedecer un paño para evitar el daño de tejidos. Se enrolla y coloca entre los dientes. Este apoyo es útil para la higiene oral diaria.

O se deberá doblar cuadrados de gasa a la mitad y envolver con hilo dental. Humedezca la gasa antes de introducirlos en la boca del paciente. Tome el final del hilo dental para evitar ingestión accidental.²⁸(Figura 8)

²⁶ Kenneth. Op. cit. pp. 102

²⁷ Godoy. Op. cit. pp. 416

²⁸ Stiefel D. Truelove E. Op.cit pp. 21

El aspecto más crítico de la colocación de un abrebocas es proteger los dedos de la persona que los cuida. Un accesorio importante e útil es similar un dedal con rebordees, que se ajusta en el dedo pulgar o en otro dedo de la persona a cargo, dejando libres los demás dedos y la mano para estabilizar la mandíbula durante el cepillado dental.²⁹

FIGURA 8.³⁰



2.8 DISPOSITIVOS DE HIGIENE ORAL

2.8.1 CEPILLO DENTAL

Los fabricantes de cepillos dentales proporcionan una variedad de formas diferentes con dimensiones aumentadas en el mango, mangos modificables con agua caliente, cepillos de cabezas anguladas, cepillos con cabezas múltiples y cerdas curvas, que pueden ser benéficos para las necesidades especiales de los pacientes.

Un tipo de cepillo fabricado para niños, está diseñado con una larga asa ovoide que previene una inserción profunda y el potencial de lesiones intraorales cuando un niño comienza a aprender a cepillarse. Incluso si el paciente tiene una prensión manual debilitada o utiliza aparatos ortóticos u otras adaptaciones, lo puede utilizar. (Figura 9)

E incluso hay métodos de aumento de mangos en cepillos dentales con materiales comunes. Incluyen las envolturas de espuma proveniente de

²⁹ Godoy. Op. cit. 416

³⁰ Stiefel D. Truelove E. Op. cit. pág. 21

materiales de empaque, material para impresiones, un bote de jugo o una pelota para sostenerlo, etc. (Figura 10)

FIGURA 9.³¹



FIGURA 10.³²



A los pacientes incapaces de flexionar los codos debido a una afección articular se les puede proporcionar un cepillo con un mango extendido, que puede fabricarse al insertar o poner en paralelo a, un rayo de bicicleta o silla de ruedas en el mango original y modelar uno nuevo con acrílico o un material similar. Han desarrollado diversos dispositivos para ayudar a que las personas con limitaciones funcionales alcancen su independencia.

Los cepillos eléctricos son auxiliares valiosos para los pacientes discapacitados. Resultan especialmente útiles cuando el paciente posee la fuerza para tomar el mango y colocar el cepillo en la boca, pero no la destreza manual necesaria para realizar los movimientos finos del cepillado.

Los modelos de cepillos eléctricos tienen botones de encendido y apagado accesibles para el usuario. (Figura 11). Su peso todavía es un

³¹ <http://spanish.alibaba.com/product-cgs/toothbrush-for-baby-208403020.html>

³² Connick C. Fetter C. Perlman S. Oral Health Needs of People with Developmental Disabilities: Special Care Devices. Clinical update.

problema para que los manejen algunas personas, en especial los pacientes con escaso control muscular o fuerza en la extremidad superior.³³



FIGURA 11.³⁴

Los modelos de cepillos eléctricos tienen botones de encendido y apagado accesibles para el usuario. Su peso todavía es un problema para que los manejen algunas personas, en especial los pacientes con escaso control muscular o fuerza en la extremidad superior.³⁵

2.8.2 HILO DENTAL

En todos los pacientes discapacitados no es recomendable el empleo de hilo dental. Por lo tanto su empleo debe introducirse de manera selectiva en aquellos pacientes o personas a cargo que tienen una buena técnica de cepillado dental.³⁶

Nowak menciona que para limpiar zonas interproximales hay que utilizar hilo de seda dental, aunque se discute sobre si se debe o no ser encerado o no encerado, lo que es cierto si se usa correctamente proveerá una adecuada higiene oral.

³³ Godoy Op. cit. pp. 420

³⁴ <http://www.pixmania-pro.com/es/es/325660/art/oral-b/cepillo-dental-oral-b-adv.html>

³⁵ Godoy Op. cit. pp. 420

³⁶ Ib. pág. 421

El uso de este elemento en una persona que no coopera y se mueve mucho, la tarea se puede facilitar con un portahilo. Esto deja una mano libre para mantener la boca abierta y la otra para el portahilo.³⁷

³⁷ Nowak A. Odontología para el paciente impedido. Argentina buenos Aires. Editorial Mundi S.A.I.C y F. 1979

3. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD BUCAL

3.1 Prevención

Para garantizar una buena salud bucal, el punto más importante es la prevención.

La prevención integral de las enfermedades bucales a nivel masivo, grupal e individual, debe orientarse al mejoramiento de hábitos higiénicos-alimentarios, eliminación de hábitos nocivos funcionales y parafuncionales, a la conservación de ambas denticiones sanas, a orientar la vigilancia en el consumo y uso adecuados de los fluoruros sistémicos y tópicos, al empleo de las medidas de protección específicas, al diagnóstico temprano, al tratamiento y control de estas enfermedades¹

Los problemas comunes bucales, tales como caries o enfermedad periodontal, afectan a todos los niños. Pero los niños con discapacidades y otras necesidades especiales tienen más problemas de salud bucal que la población en general. Por ejemplo, los niños con discapacidades pueden tener problemas de habilidades cognitivas, comportamiento, movilidad, neuromusculares (babeo, atragantamiento y problemas para tragar), movimientos corporales no controlados, reflujo gastroesofágico, o convulsiones. Estas complicaciones pueden representar obstáculos para el cuidado

¹ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES.

adecuado de la boca y hacer que los niños tengan mayores riesgos de desarrollar problemas de salud bucal.

Algunos de los factores que contribuyen a una salud bucal deficiente en los niños con discapacidades y otras necesidades especiales son:

- ❖ **Condiciones bucales.** Algunos problemas genéticos en niños pequeños pueden causar condiciones tales como: defectos en el esmalte de los dientes, mala alineación o pérdida dental.
- ❖ **Limitaciones físicas.** Los niños que no pueden masticar o mover la lengua apropiadamente no se benefician de la acción de limpieza natural de la lengua, de los músculos de la mejilla, y de los labios.
- ❖ **Dificultad para cepillarse y usar el hilo dental.** Los niños con mala coordinación motriz, como por ejemplo los niños con lesiones en la espina dorsal, distrofia muscular, o parálisis cerebral, tal vez no pueden lavarse los dientes o usar los métodos de limpieza usuales de cepillado y e hilo dental.
- ❖ **Flujo de saliva reducido.** Los niños que necesitan ayuda para beber, toman menos líquidos que otros niños y no tienen la suficiente saliva en la boca como para ayudar a deshacerse de partículas de alimentos.
- ❖ **Medicamentos.** A los niños que usan medicinas endulzadas por un largo período de tiempo les pueden provocar caries. Algunos medicamentos para prevenir los ataques pueden causar enfermedad periodontal.
- ❖ **Dietas restringidas.** A los niños que tienen dificultad para masticar y tragar se les puede dar a menudo comida que se ha hecho puré, la cual se les puede adherir a los dientes.

Los problemas más comunes en boca que podemos encontrar son:

- ❖ Los factores genéticos, el crecimiento de la mandíbula, la acción muscular y los medicamentos pueden determinar cuándo los dientes van a erupcionar por primera vez. Este proceso puede atrasarse, acelerarse o

ser inconstante. A algunos niños los primeros dientes primarios les erupcionan a los dos años de edad.

- ❖ Es común que los niños con problemas de desarrollo tengan caries. Además de problemas con la dieta y la higiene bucal, la alimentación prolongada con biberón y los efectos secundarios adversos de ciertos medicamentos contribuyen a la caries de los dientes.
- ❖ Las enfermedades periodontales ocurren más a menudo y a una edad más temprana en niños con problemas de desarrollo. El crecimiento en exceso de las encías por el uso de medicamentos para las convulsiones, la presión alta y los sistemas inmunológicos débiles, también pueden contribuir al desarrollo de enfermedad periodontal.
- ❖ La mala oclusión ocurre en muchos niños con problemas de desarrollo. Esto puede estar relacionado con anormalidades musculares, erupción tardía de los primeros dientes, o falta de desarrollo de la mandíbula. Cuando los dientes no están bien alineados, resulta difícil masticar y hablar, y aumenta el riesgo de enfermedades periodontales, caries y traumatismo bucal.
- ❖ Los hábitos dañinos pueden resultar problemáticos para los niños con discapacidades y necesidades especiales. Algunos de los hábitos más comunes son: hacer rechinar o apretar los dientes, acumular alimentos en la boca, respirar por la boca, sacar la lengua, o morderse los labios.
- ❖ El trauma y las lesiones en la cara y boca por caídas o accidentes ocurren más frecuentemente en los niños que tienen discapacidad mental, convulsiones, parálisis cerebral, reflejos de protección anormales o falta de coordinación muscular.²

² Salud bucal para niños con discapacidades y necesidades especiales. Notas sobre salud y seguridad California Childcare Health Program.

3.2 ATENCIÓN TEMPRANA ODONTOLÓGICA EN LA DISCAPACIDAD

La *Atención Temprana* se define como el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades permanentes o transitorias que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos.

Las actividades terapéuticas que se realicen deberán considerar las características evolutivas biológicas y psicológicas de los bebés y niños vulnerables y deberán planificarse y llevarse a cabo por equipos de profesionales de orientación interdisciplinar.

Generalmente los equipos de especialistas a cargo del seguimiento y tratamiento en estos niños deberían incluir obstetras, neonatólogos, neuropediatras, psicólogos, fisioterapeutas, pediatras de atención primaria, personal de enfermería, logopedas, kinesiólogos, fonoaudiólogos, oftalmólogos, otorrinolaringólogos y odontólogos, entre otros.

Pero la realidad es que en pocos centros se incluye a este último como miembro de estos equipos multidisciplinarios y uno de los problemas comunes a muchos de ellos y menos atendido es el estado de salud bucal; las grandes necesidades médicas pueden haber motivado que haya sido poco atendido.

Por ello, inmediatamente resueltos los problemas vitales prioritarios del nacimiento, deberemos informar y educar a los padres sobre la salud oral de sus hijos e instaurar programas de prevención.

Los niños con riesgo en su salud bucal presentan patología estructural del esmalte y la dentina, caries y enfermedad de las encías debidas a la alimentación rica en hidratos de carbono, ingesta de medicamentos con agregados dulces que mejoran el sabor pero son altamente perjudiciales para los tejidos bucales e higiene bucal deficiente o ausente. La cronología de erupción de la dentición temporaria y permanente está alterada,

generalmente retrasada, existe maloclusión debido a alteraciones posturales, malos hábitos, respiración bucal, proyección anterior de la lengua, etc.

Estos bebés y niños necesitan del adulto para realizar la higiene bucal diaria y muchas veces los padres ignoran la mejor metodología para realizarla, con qué cepillos sería más adecuado, pastas dentales, etc.

Un plan de salud bucodental individualizado a las necesidades concretas de niños vulnerables o discapacitados tiene como finalidad minimizar la patología más frecuentemente presente en estos niños.³(Tabla 2)

TABLA 2.⁴

EDAD	ELEMENTOS DE HIGIENE BUCAL	FRECUENCIA
Bebé	Gasa seca envuelta en el dedo de la mamá sin pasta dental.	Después de amamantar al bebé o al menos con el baño diario.
Bebé con dientes anteriores	Cepillo dedal para bebés sin pasta dental, no humedecer.	Después de comidas principales. No olvidar antes de dormir.
Niños con dentición temporaria completa	2 Cepillos de cabezal pequeño: uno para el niño (para jugar a cepillar, imitar) y el otro para los padres. Se recomienda el recambio del cepillo dental a medida que el niño crece, por ello son útiles los cepillos por cada edad.	Estimular la autonomía del niño. Después de comidas principales No olvidar antes de dormir.

³ Di Nasso P. Odontología en bebés y niños vulnerables. Atención odontológica temprana en bebés y niños con discapacidad.

⁴ Ib.

3.2.1 FACTORES QUE DETERMINAN EL NIVEL DE RIESGO

El factor riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de adquirir una enfermedad. Este puede ser mayor o menor y producirse por factores socio-ambientales y congénitos.

El objetivo es mantener la salud bucal del niño el mayor tiempo posible, por un lado la visita periódica al dentista es un pilar importante y por otro, cualquier tratamiento odontológico que se instale en un paciente es fundamental identificar y controlar los factores de riesgo.⁵ (Tabla 3)

TABLA 3.⁶

1° NIVEL	2° NIVEL	3° NIVEL
BAJO RIESGO	MEDIANO RIESGO	ALTO RIESGO
Bebé con buena salud Ausencia de defectos congénitos	Presencia de defectos congénitos	Presencia de defectos congénitos
Padres/ familia realizan la higiene bucal	Ausencia de higiene bucal	Ausencia de higiene bucal
Bajo consumo de hidratos de carbono (azúcares)	Consumo de hidratos de carbono: más de 6 veces por día	Consumo de hidratos de carbón: más de 6 veces por día
Alimentación nocturna sin azúcares e higiene posterior	Alimentación nocturna con/sin azúcares e higiene posterior no diaria	Alimentación nocturna con azúcares sin higiene posterior
Agua fluorada en dosis óptima	Agua con insuficientes dosis de fluoruros	Ausencia de agua fluorada

⁵ Ib.

⁶ Ib.

3.3 TÉCNICAS PREVENTIVAS

Las técnicas preventivas de eliminación de placa, utilización de fluoruros, consejos dietéticos, selladores de fisuras y fasetas se pueden aplicar un programa preventivo para la gente discapacitada.

3.3.1 TÉCNICAS PARA EL REVELADO DE LA PLACA DENTOBACTERIANA

Cualquiera que sea la edad del paciente, cuando éste tiene dificultad para retirar la placa, debe sugerirse productos de revelado para visualizar la placa. Las soluciones reveladoras están a la venta sin receta médica. Si el precio de la solución reveladora es un factor que impide su compra, éste puede ser minimizado comprando colorante de alimentos. Para elegir el color, este debe verse fácilmente en la boca. Por ejemplo el amarillo es difícil de detectar en los dientes por qué se parece mucho al color natural de éstos. El azul y el verde son adecuados para enseñar el control de placa de placa en los niños. El colorante rojo es el más fácil de ver por todos los grupos de edad.

Antes del cepillado se colocan dos gotas del colorante en la lengua y con ella embarrarlo en todas las superficies de los dientes. Una técnica alternativa cuando el paciente es incapaz de seguir estas indicaciones es que la persona que cuida al paciente aplique el colorante en el aplicador de algodón y lo frote generosamente en los dientes.⁷

3.3.2 CEPILLADO DENTAL, USO DE HILO Y PASTA DENTAL

No existe una técnica para la eliminación de placa que sea adecuada para todos. La que sugiera el clínico debe basarse en la destreza manual del paciente, su salud bucal y su capacidad e interés por aprender y cumplir los procedimientos indicados.

⁷ García Godoy. Op cit. 422 -423

La técnica de cepillado más aceptada es la de barrido ,esto se debe hacer después de cada alimento y con un orden establecido para no descuidar ninguna parte de la boca. Esto condicionará que el niño en el futuro establezca sus hábitos de higiene y cuando su destreza lo permita ejecute técnicas más sofisticadas.⁸

La frecuencia del cepillado dentario ha sido recomendada por muchos autores. Arnim, Golman y Alexander recomiendan una vez al día. Stanmayer y Suomi sugieren dos veces por día mientras que App recomienda cepillarse hasta cinco veces por día.

Si la limpieza va a quedar limitada a una vez al día, el momento preferible es por la noche antes de dormir.⁹

Para el cepillado no siempre se necesita agua, ya que el mismo cepillado estimula el flujo salival y éste proporciona humedad. Si un paciente tiene un tejido gingival sensible y friable que se lesione fácilmente con un cepillo dental seco al inicio, debe humedecerse antes de emplearlo.

Si después del cepillado un paciente desea enjuagarse con agua o enjuague bucal puede utilizar una técnica de dos vasos de papel. Un vaso contiene un enjuague y el otro es para desecharlo.

Después de haber cepillado todas las superficies vestibulares se cepillara la lengua y con ayuda de una gasa los carrillos.¹⁰

El hilo dental como antes fue mencionado debe introducirse de manera selectiva en aquellos pacientes o personas a cargo que alcancen la maestría en el cepillado dental y que presentan valores escasos de placa en las superficies dentales.¹¹

En cuanto a los dentífricos se ha omitido deliberadamente de la lista de materiales a utilizar en la eliminación de la placa. Ya que en niños

⁸ Roberto Elías Odontología para pacientes con necesidades especiales. una visión clínica. Editorial Médica 2007.

⁹ Nowak. Op cit . pp 179-180

¹⁰ Barbería E,Boj Quesada J. Catalo Pizarro. Odontopediatría 2ª edición, Barcelona,Edit. MASSON 2001 pág.186

¹¹ García Godoy. Op. cit. pp 415

pequeños y pacientes no cooperadores, con o sin condiciones discapacitantes, los dentífricos disminuyen la visibilidad en la boca o todavía no tienen la destreza de saber escupir.¹²

3.3.3 CONTROL QUÍMICO DE LA PLACA DENTOBACTERIANA

Las soluciones quimiopreventivas están indicadas cuando la limpieza mecánica resulta difícil o imposible. El efecto inhibitor de la placa dental (reducción del 60 – 80 %) se consigue con clorhexidina (CHX al 0,1 – 0,2%).El hecho que tenga algunos efectos secundarios (como la tinción de la lengua y los dientes y trastornos relacionados con el sabor) limita las aplicaciones a largo plazo de esta sustancia (Heintze y cols.)¹³

Se ha establecido la eficacia de utilizar clorhexidina (CHX) mediante aplicador de algodón en personas discapacitadas. En un estudio la CHX se aplicó diariamente por una persona a cargo, cinco veces por semana durante 10 semanas, mediante palillos de espuma. Al comparar lo anterior con la aplicación de un placebo con aplicador de algodón, el grupo de la CHX presentó una mejoría consistente y significativa disminuyendo la cantidad de placa y gingivitis.

La aplicación de barnices de liberación prolongada de CHX y arginina también produjeron reducciones en la placa en una población con retraso mental.

La efectividad de una concentración muy baja (0.06%) de CHX en aerosol, aplicado por las personas que cuidan al paciente fue evaluada en pacientes con discapacidades del desarrollo y resultó en una mejoría significativa en los registros de placa. Por tanto en pacientes gravemente discapacitados o con retraso mental, una persona a cargo puede aplicar la CHX de diversas maneras y mejorar su estado periodontal.¹⁴

¹² Nowak op cit. pp- 177

¹³ Waes H. Stöckli P. Atlas de Odontología pediátrica, Barcelona (España), Edit. MASSON, 2002.

¹⁴ García Godoy .Op cit. pp. 424

3.3.4 FLUORUROS

El uso de fluoruros continúa siendo el método más eficaz y ampliamente utilizado de prevenir la enfermedad dental. La versatilidad de los fluoruros no ha sido superada por ningún otro método o agente preventivo. Ya sea que su utilización sea por vía sistémica en el agua de consumo comunitario y suplementos o tópicamente por medio de dentífricos, soluciones, geles, pasta , enjuagatorios y barnices.

Los estudios demuestran que el efecto del fluoruro es causado aparentemente por su capacidad de afectar en forma adversa los microorganismos en la placa y modificar las propiedades fisicoquímicas de los dientes y el ambiente que los rodea. Ya que el mineral de los tejidos dentales existe como una apatita carbonada, la cual contiene iones de calcio, fosfato e hidroxilo en forma de hidroxiapatita: $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$. Las porciones carbonadas debilitan la estructura y dejan el tejido susceptible al ataque. Los remanentes de comida y los detritos se mezclan con la saliva y se adhieren a las superficies dentales como placa dental. Las bacterias presentes en cavidad oral, en especial aquellas que se consideran cariogénicas como *Streptococcus mutans* y especies de lactobacilos, metabolizan la placa dental y producen ácidos que disminuyen el pH de la boca. Cuando el pH se encuentra por debajo del nivel crítico de 5.5 para la hidroxiapatita, comienza la desmineralización con la salida de iones de calcio y fósforo, de la superficie del esmalte hacia la placa y la saliva.

Cuando el pH regresa a 7.0 se lleva a cabo la remineralización con la entrada de iones hacia la superficie del esmalte. Si el fluoruro se encuentra durante la remineralización , se incorpora en el esmalte para formar fluoroapatita de calcio $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{F})_2$.

La fluorapatita de calcio es más estable y resistente a los ataques futuros que la hidroxiapatita de calcio.¹⁵

¹⁵ Ireland R. Higiene dental y tratamiento. Mexico: Editorial el manual moderno, 2008.

Si el paciente reside en una zona en la que el agua comunal está fluorurada natural o artificialmente a los niveles recomendados, (clima caluroso, la concentración del fluoruro óptima en el agua de consumo debe permanecer por debajo de 1 mg / litro (una parte por millón), mientras en los climas más fríos puede subir a 1.2 mg / litro. Esta diferencia estriba en que climas calurosos la ingestión de agua es mayor por un aumento en la transpiración. El valor límite permisible en el agua de bebida es de 1,5 mg.¹⁶) entonces los fluoruros adicionales por vía sistémica no serán necesarios.¹⁷

En las aplicaciones tópicas tienen especial importancia en el discapacitado. Un nuevo barniz con fluoruro, desarrollado para la hipersensibilidad dentinaria, se encuentra a la venta en una aplicación única y puede ser utilizado como suplemento de fluoruro.

El barniz de fluoruro puede ser aplicado rápidamente y es eficaz hasta en un campo húmedo, ya presentan una base de colofonio que endurece sobre el diente aun en presencia de humedad y forma una película marrón amarillenta que dura cerca de 12 horas, durante las cuales el fluoruro es continuamente liberado.¹⁸ (Figura13). Esta es una característica particularmente importante para algunos de los pacientes con discapacidad que presentan alteraciones en el mecanismo de deglución y por lo tanto son incapaces de eliminar de manera efectiva la saliva de la boca.

La Asociación Argentina de Odontología para niños recomienda un protocolo de aplicación basado en el riesgo de caries individual.

En pacientes de alto riesgo se realizaran tres aplicaciones de barniz de flúor en la primera semana, combinado con clorhexidina. Posteriormente una aplicación cada 2 meses hasta 1 año y se hará una reevaluación del riesgo de caries.

¹⁶ www.sdpt.net/SAP/fluoruro_en_el_agua.htm.

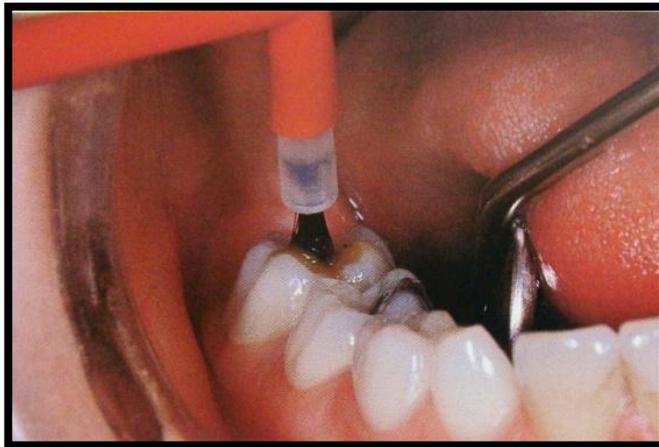
¹⁷ Nowak. Op. cit. pp 181- 182

¹⁸ Barrancos Money. Operatoria Dental Integración clínica, 4ta edición, Buenos Aires Edit. Medica Panamericana.

En pacientes de mediano riesgo se hará la aplicación de barniz de flúor cada 4 meses y en pacientes con bajo riesgo será aplicación cada 6 meses.¹⁹

En la actualidad se dispone de varias técnicas eficaces para la aplicación de fluoruro, que van desde enjuagues hasta geles. Los enjuagues se contraindican en pacientes que no puedan hacer buches y enjugarse la boca con la solución. Algunas personas con distrofia muscular y algunos pacientes después de una enfermedad vascular cerebral presentan un sello labial incompetente o hipotónico y no pueden conservar las soluciones en la boca durante el periodo necesario.

FIGURA 13.²⁰



El fluoruro utilizado en el consultorio con aplicadores de plástico en una charola se requiere que el paciente conserve el aplicador en su lugar durante un mínimo de 4 min. Para muchos pacientes esto es difícil, un método alternativo es el uso de un aplicador de esponja.²¹

¹⁹ Perales Zamora S, Guillen Borda C. el flúor en la prevención de caries en la dentición temporal. Barnices fluorados. Odontología Sanmarquina 2006;9(1): 31-35

²⁰ Waes . Op. cit. 144

²¹ García Godoy. Op. cit. pp 423-424

3.3.5 SELLADORES DE FISURAS Y FOSETAS

La eliminación de la placa y la terapia con fluoruros parece no tener éxito en la prevención de la caries en las fosetas y fisuras de las caras oclusales de dientes posteriores.

Frente a la pobre higiene bucal que tiene el paciente, el sellado de fosas y fisuras de los dientes posteriores está indicado indudablemente, visto su efectividad para reducir la caries. Los selladores de fosetas y fisuras se han utilizado con éxito en la odontología preventiva como barrera física para aislarlas de la flora y fluidos bucales.²²

Hay dos tipos de selladores disponibles: de fotocurado y autocurado. Con los selladores de fotocurado se trabaja más rápido, pero requieren el uso de equipos de iluminación especial. Los selladores de autocurado tardan más tiempo en polimerizar, pero no requiere ningún equipo adicional. Con ambos tipos de sellantes, el mantenimiento de un campo seco es esencial para su aplicación. Ya sea un dique de goma o rollos de algodón pueden usarse entonces para mantener el área seca. Para ayudar en el control de la humedad, el paciente debe sentarse con una posición erguida en lugar de una posición reclinada.²³

Los dientes deben ser protegidos de la contaminación salival, si la protección no es 100% efectivo, el sellador no se conservará. Cuando la retención completa del sellador se produce, la protección es 100% efectiva. Con la mayoría de los selladores, la tasa de retención después de un año es del 85% o más y al menos el 50% después de cinco años.

En pacientes ambulatorios manejables, los dientes pueden ser sellados tan pronto como erupcionan lo suficiente para colocar el dique de hule.

80 Ramírez Ortega P, Barceló Santana F. , * Pacheco Flores M,Ramírez Flores F. Adhesión y microfiltración de dos selladores de fosetas y fisuras con diferente sistema de polimerización. Revista Odontológica Mexicana 2007;11 (2): 70-7

²³ Garcia Godoy. Op cit. 423

Cuando se han utilizado selladores en personas con discapacidad, será más difícil obtener un sello en seco. Por lo tanto se tendrán que estar revisando cada 3 meses para comprobar el sellado después de su aplicación inicial.²⁴

Se han realizado varios estudios para ver la efectividad de un material de ionómero de vidrio utilizado como sellador basándose en el hecho de que un material que libere flúor proveería un beneficio añadido al sellado.

La retención de los selladores de ionómero de vidrio es mucho menor que la de los selladores de resina, sin embargo, se ha observado una reducción del índice de caries cuando se comparan grupos de estudio con selladores de ionómero de vidrio y grupos control.

El efecto preventivo del ionómero de vidrio no depende sólo de periodo de retención del material sino sobre todo de la tasa de liberación de flúor. En este sentido parece que la reducción de caries puede equipararse a los selladores de resina, pero debido a que deben reponerse con mayor continuidad aumenta el balance costo-efectividad y por lo tanto son utilizados en menor grado respecto a los de resina.²⁵

3.3.6 CONSEJOS DIETÉTICOS

En el paciente impedido, la modificación de la dieta se convierte en otro de los muchos obstáculos que el equipo debe superar.

El consejo dietético no implica la preparación de una dieta terapéutica especial, sino se trata de motivar a los padres y el paciente para que acepte y entienda las modificaciones en la selección de los alimentos y cumpla con sus necesidades generales y de salud bucal.

Reconociendo la evidencia conflictiva sobre el papel de la dieta en la enfermedad dental, el odontólogo debe estar firmemente convencido, que una

²⁴ Nowak. Op cit pp 182

²⁵ Eva Sol1 Espasa E2 Boj J. Hernández M., Actualización en selladores de fosas y fisuras. Revisión de la literatura. DENTUM 2006;6(3):90-95

gran evidencia apoya el papel de los hidratos de carbono, la frecuencia de comidas y las propiedades físicas de los alimentos (tamaño de partículas, textura, solubilidad), en la iniciación de la caries.²⁶

Actualmente, los azúcares pueden ser encontrados no solo en caramelos, chocolates, frutas secas dulces y gaseosas, sino también en alimentos derivados de la leche, aderezos, ketchup, mostaza, helados y jugos industrializados.²⁷

En muchos pacientes, los alimentos abundantes en azúcar se distribuyen a lo largo del día como recompensa por haber sido obedientes. Este sistema estimula los bocadillos entre comidas e incrementa el consumo de alimentos sumamente cariogénicos. Una opción a este sistema es otorgar fichas para su cobro posteriores en premios como juguetes, alimentos no cariogénicos o paseos.²⁸

Entre estos alimentos podría ser trozos o jugo de fruta (sin añadir azúcar), yogurt, trozos de queso, nueces, o vegetales crudos como zanahorias o tomates, será más apropiado que unas galletitas o un vaso con una bebida de frutas de sabor artificial.

El éxito puede edificarse sobre pequeños pasos hacia la meta de una boca sana.²⁹

²⁶ Ib. pp 187-189

²⁷ Nahás Correa M. Odontopediatría en la 1ra infancia, Brasil. Edit.Santos,2009

²⁸ García Godoy. Op cit. pp 423

²⁹ Nowak. Op. cit. pp 191

CONCLUSIONES

Los pacientes discapacitados o especiales son aquellos que presentan signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, aquel que tiene limitaciones físicas, mentales, sensoriales, de comportamiento o atención médica y/o servicios especiales.

La Organización de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud son coincidentes en que las estadísticas demuestran que el 10 % de la población mundial es portadora de discapacidades de distintos tipos y gravedades.

Los pacientes con necesidades especiales tienen una alta incidencia de enfermedades bucales debido a una serie de factores como: alteraciones motoras que impiden una correcta masticación y deglución; alimentación de textura blanda y con alto contenido de azúcares fermentables que propician la aparición de caries; alteraciones neurológicas que dificultan la cooperación al momento del cepillado dental, etc. Por ello, los pacientes con necesidades especiales son un grupo de riesgo con una gran necesidad de cuidados dentales.

Cuando un paciente discapacitado se presente en un consultorio odontológico, el dentista debe desarrollar un plan de tratamiento que enfatice la prevención.

Muchos niños discapacitados son intelectualmente capaces de aprender muchas actividades y pueden llegar a convertirse en excelentes pacientes, siempre y cuando no sean obligados a alcanzar metas poco realistas.

Debemos comprender que es muy importante elaborar una estrategia preventiva individualizada; un programa para evitar la aparición de enfermedades orales, que consiste básicamente en visitas periódicas al dentista, control y remoción de placa bacteriana, enseñanza de técnicas de cepillado e higiene oral adaptadas, o con la elección adecuada de dispositivos de atención especial uso de hilo dental, uso de fluoruro y clorhexidina, colocación de selladores de fosetas y fisuras así como consejos y asesoramiento dietético. De igual manera es importante que estas técnicas sean evaluadas y retroalimentadas.

La afinidad y la confianza del paciente discapacitado y su familia para con el odontólogo y todo el personal del consultorio es crucial para lograr una respuesta positiva por parte del paciente.

Los factores más importantes para el manejo del discapacitado son la comprensión y la paciencia. El manejo eficaz de estas personas implica más un cambio de actitud que de técnica. El odontólogo debe brindar la mejor atención posible a cada paciente de acuerdo con sus necesidades. Debe armonizar psicológicamente con las necesidades del individuo, en particular si desea lograr el objetivo de la atención odontológica. Hay dos formas básicas para ello: mejorar la comunicación con el paciente y los padres, y brindar un modelo de actitudes y conductas para el resto del personal.

Por otro lado el aspecto estético que se logra con una buena salud oral favorece a sean recibidas con mayor agrado por los demás.

El "no se puede atender" denota por parte del odontólogo en forma inequívoca, la ignorancia de cómo hacerlo o el temor a improvisar por lo menos un camino de solución al problema. De ahí que cuando se reciba a

un paciente portador de una discapacidad, cualquiera que sea ésta, es necesario tener como premisa que debe intentarse algo, que siempre va ser mucho frente a lo poco o nada que habitualmente se le hace.

BIBLIOGRAFÍA

- Antúnez Farrugia M. Balcázar de la Cruz A. Diagnóstico sobre discapacidad en México. Última Reforma DOF 01-08-2008
- Barberia E,Boj Quesada J. Catalo Pizarro. Odontopediatría 2ª edición, Barcelona, Edit. MASSON 2001.
- Barrancos Money. Operatoria Dental Integración clínica, 4ta edición, Buenos Aires Edit. Medica Panamericana.
- Barberia Leache E. Atlas de odontología infantil. España. Ripano editorial Médica, 2005
- Boj J. Odontopediatría. Barcelona España. Editorial MASSON, 2004.
- Connick C. Fetter C. Perlman S. Oral Health Needs of People with Developmental Disabilities: Special Care Devices. Clinical update. Pag.43-48
- Diccionario de Medicina Editorial Océano Mosby 4ª ed.
- Di Nasso P. Odontología en bebés y niños vulnerables. Atención odontológica temprana en bebés y niños con discapacidad.
- Egea García C., Sarbia Sánchez A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Artículos y notas noviembre 2001.Pág. 15- 30
- Eva Sol1 Espasa E2 Boj J. Hernández M., Actualización en selladores de fosas y fisuras. Revisión de la literatura. DENTUM 2006;6(3):90-95
- García Godoy .Odontología preventiva primaria. Editorial Manual moderno 2da edición 2005.
- Glassman P. Miller. C. Dental Disease Prevention and People with Special Needs. Journal of the California Dental association. 2003.
- <http://cuentame.inegi.gob.mx/impresión/población/discapacidad.asp>

<http://spanish.alibaba.com/product-cgs/toothbrush-for-baby-208403020.html>

<http://www.pixmania-pro.com/es/es/325660/art/oral-b/cepillo-dental-oral-b-adv.html>

Ireland R. Higiene dental y tratamiento. Mexico: Editorial el manual moderno, 2008

Madrigal M. Martínez Sandoval, De la Teja A .Canto Cervera B. Manejo estomatológico del niño sordo o con hipoacusia. Rev. Mex. *Odontología Clínica*

Martí M. La discapacidad en el niño. El ayer y el hoy. Actualización conceptual y prevención. Canar Ped. Volumen 32, nº 2.

Mendoza Trejo R. López Morales P Propuestas didácticas para pacientes pediátricos con discapacidad visual. A.D.M. 2006;LXIII(5):195-199

Molina Blanco J. Atención y cuidados odontológicos para los niños con síndrome de Down. Revista Síndrome de Down . Vol. 22, Marzo 2005.

Nahás Correa M. Odontopediatría en la 1ra infancia, Brasil. Edit.Santos,2009

Wessels K. Dentistry for the handicapped patient. Postgraduate Dental Handbook. Series volume 5. PSG Publishing company Littleton Massachussets.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES

Nowak A. Odontología para el paciente impedido. Argentina buenos Aires. Editorial Mundi S.A.I.C y F. 1979

Perales Zamora S, Guillen Borda C. el flúor en la prevección de caries en la dentición temporal. Barnices fluorados. Odontología Sanmarquina 2006;9(1): 31-35

Ramírez Ortega P, Barceló Santana F, Pacheco Flores M, Ramírez Flores F. Adhesión y micro filtración de dos selladores de fosetas y fisuras con

diferente sistema de polimerización. Revista Odontológica Mexicana 2007;11 (2): 70-7

Ríos González Y. Silot Wilson E. Paciente discapacitado. Normas para su atención en Odontología. Odontología Online.

Roberto Elías Odontología para pacientes con necesidades especiales. Una visión clínica. Editorial Médica 2007.

Salud bucal para niños con discapacidades y necesidades especiales. Notas sobre salud y seguridad California Childcare Health Program.

Silvestre Donat F. Plaza Cost A. Odontología en pacientes especiales. Valencia. Edit. PUV, 2007.pp 15.

Stiefel D. Truelove E. A self-Instructional series in rehabilitation dentistry. Module III Dental Prevention for the patient with a disability, University Of Washington Edit. Decod 1985

Waes H. Stöckli P. Atlas de Odontología pediátrica, Barcelona (España), Edit. MASSON, 2002

www.idey.gob.mx/noticias/ver_noticias.asp

www.sdpt.net/SAP/fluoruro_en_el_agua.htm.