

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
Iztacala U.N.A.M.

2 Gem



**ESTUDIO DEL CONTROL PERSONAL DE PLACA
EN NIÑOS DEL CENTRO DE REHABILITACION
PARA INVIDENTES, A. C.**

T E S I S

Que para obtener el Título de

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a

BARAJAS RUBIO LETICIA

San Juan Iztacala, Méx., 1984



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 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- I N D I C E -

PAG.

INTRODUCCION-----

CAPITULO I

Diferentes Métodos de C.P.P. ----- 1

1.1 ¿ Qué es la P.D.B. ?

1.2 ¿ Qué es el C.P.P. ?

1.3 Material para el control personal de placa.

1.4 Cómo realizar el C.P.P.

CAPITULO II

Características Específicas de los niños invidentes.--- 15

2.1 Diferentes conceptos de ceguera.

2.2 Tipos y causas de ceguera.

2.3 Desarrollo de los sentidos.

CAPITULO III

Control personal de placa en niños invidentes. ----- 18

3.1 Cómo realizar el C.P.P. en niños invidentes.

3.2 Motivación a los maestros y a los padres como
auxiliares en el C.P.P.

CAPITULO IV

Estudio realizado en niños del Centro de Rehabilitación
Para Invidentes A.C. ----- 22

4.1 Elaboración de odontograma y aplicación de éste.

4.2 Definición de Índice Parodontal.

PAG.

4.3 Índice que aplicamos.

4.4 Resultados.

CONCLUSIONES ----- 35

BIBLIOGRAFIA ----- 36

I N T R O D U C C I O N

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

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

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

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

Debemos aprender a aceptar que existen palabras, acciones y puntos de vista diferentes y no comunes que se adecuan a esta clase de niños para un buen cuidado dental, como es el caso de niños ciegos que hacen movimientos y ruidos poco frecuentes.

(1) El Individuo Excepcional, W. Telford Charles-B.

tes a los que hacen los niños videntes y que sin embargo el odontólogo no debe verse afectado por la condición física de estos niños.

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

C A P I T U L O I

DIFERENTES METODOS DE CONTROL PERSONAL DE PLACA DENTO-BACTERIANA.

1.1 ¿ Qué es la Placa Dento-Bacteriana ?

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

Los lugares de localización son:

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

1.2 ¿ Qué es el C.P.P. ?

Es la manera más eficaz de prevenir gingivitis y en consecuencia, una parte crítica de los muchos procedimientos que intervienen en la prevención de la enfermedad periodontal (2) y también de la caries. Es individual y diferente en cada paciente, de acuerdo a sus necesidades, ej: giroversiones, ausencias dentarias, defectos físicos y congénitos, etc.

1.3 Material para el C.P.P.

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

(2) Periodontología Clínica; Irving Glickman; editorial Interamericana (1974), pag. 431.

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

- b) Tamaño de cepillos dentales.- depende del diámetro bucal de cada persona, aunque como en este caso hablamos de niños, se recomiendan los más pequeños.
- c) Diseño.- existen en el mercado con cerdas naturales y de cerdas de nylon; de panachos juntos, separados o de 4-5 panachos y de 10-12 hileras. Con diferentes tipos de mango, también eléctricos o manuales.

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

- Colorantes:

• Fuccina básica

• Pardo Bismark

• Eritrosina

• Tabletas reveladoras

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

- Dentífricos.- son cosméticos, útiles para suprimir algunas manchas, dejan un sabor agradable y hay algunos que contienen Fluor.

- Conos de caucho.- pueden ser de gran utilidad cuando se han creado espacios interdentarios por la pérdida de tejido gingival.

- Colutorio.- son generalmente de gusto agradable, eliminan

residuos sueltos de alimentos parcialmente, pero no desprendan la P.B.

- Aparatos de irrigación bucal.- la acción del agua es eficaz cuando se usa aunado con el cepillo dental y no como sustituto de este.

1.4 Como realizar el C.P.P.

I. Motivación del paciente.

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

II. Educación del paciente .

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

III. Diferentes técnicas de cepillado dental.

Método de Stillman.

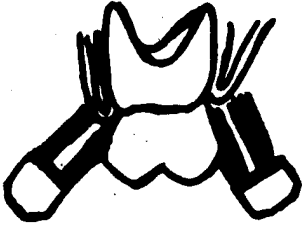
Las puntas de las cerdas del cepillo, en parte quedan sobre la encía y otras sobre la porción cervical de los dientes

las cerdas deben ir oblicuas al eje mayor del diente y orientadas en sentido apical. Se hace presión hasta producir una ligera izcuernia, y se imprime al cepillo un ligero movimiento relativo suave. Esto se hace en todas las superficies dentarias comenzando por la zona molar superior.

Para los dientes anteriores en las caras palatinas y linguales, el cepillo se coloca paralelo al plano oclusal y dos o tres penachos de cerdas actúan sobre los dientes y la encía. Las caras oclusales se limpian colocando las cerdas perpendicularmente al plano oclusal y haciendo presión en los surcos y espacios interproximales.

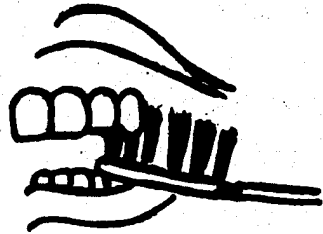
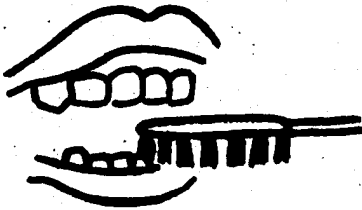
Método de Stillman modificado.

Este método consta de una acción vibratoria, que se combina con el movimiento del cepillo sobre el eje mayor del diente. Se coloca el cepillo en la línea mucosa gingival con las cerdas hacia afuera de la corona, y se dá un movimiento de frgtemiento a la encía insertada, en el margen gingival y en el diente. Se gira y se vibra el cepillo hacia la corona.

Método de Stillman.

A)

B)

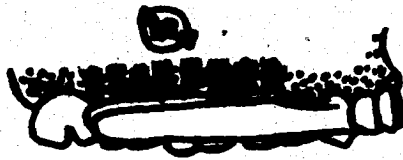


C)

Método de Stillman Modificado.



A



B

A- Posición inicial.

B- Frotamiento de la encía con movimientos Giro-vibrato-
rios dirigidos hacia la encía.

Método de Bass (Técnica Intersurcal).

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

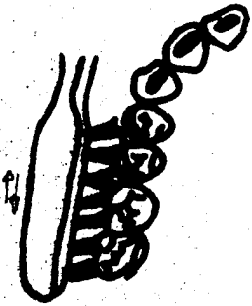
Estando seguros de que las cerdas están penetrando íntegramente proximalmente.

Se debe hacer una presión leve y movimientos vibratorios de atrás hacia adelante contando hasta diez, sin despegar las cerdas y se desciende hacia oclusal. Se mueve hacia adelante y se repite hasta llegar a la zona canina, donde la última hilera de cerdas queda distal a la prominencia canina y así sucesivamente hasta terminar por el lado vestibular.

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

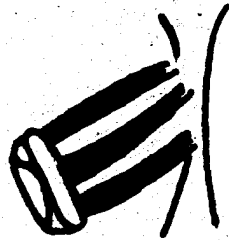
Ya completados los dientes del maxilar, volvemos a colocar el cepillo por las caras vestibulares de los dientes inferiores, cepillando zona por zona, siguiendo después por las caras linguales, y al llegar a la parte anterior, colocamos el cepillo verticalmente con las puntas de las cerdas anguladas hacia el surco gingival.

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



A)

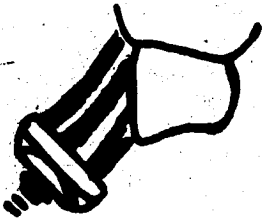
B)



C)



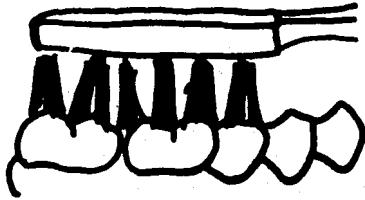
D)



E)



F)



G)

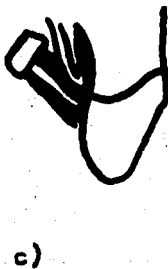
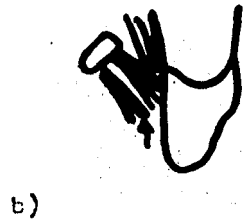
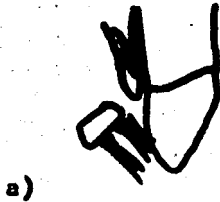


H)

Método de Charters.

El cepillo se coloca sobre el diente, con las cerdas anguladas a 45° hacia la corona, y se desliza hacia lo largo de la superficie hasta que los costados de las cerdas abarquen el margen gingival, conservando el ángulo de 45° , permitiendo que algunos penetren interproximalmente y sin separar las cedas se gira contando hasta diez. Esto se repite zone por zone.

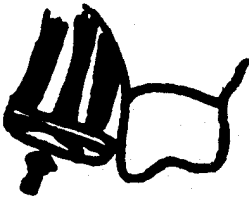
Para las caras oclusales se introduce suavemente las puntas de las cerdas entre los surcos y fisuras, al cepillo se activa con movimientos de rotación, y se repite hasta finalizar todas las caras masticatorias.



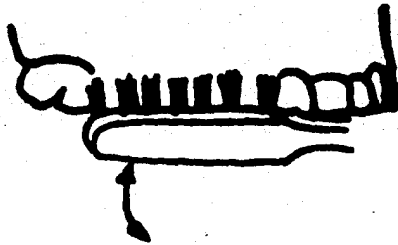
- a) Cepillo colocado sobre el diente con las cerdas anguladas hacia la corona.
- b) Cepillo desplazado a manera de que las cerdas descansan sobre la encía marginal.
- c) Cerdas flexionadas contra el diente y la encía.
- d) Cepillo vibrado sin cambiar la posición de las puntas de las cerdas.

Método de Barrido (Smith y Bell).

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



A)



B)

A) El cepillo deberá colocarse con suficiente presión hasta causar izquemia.

B) Se dirige de la encía insertada a la corona, efectuando un semicírculo.

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

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

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

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

CAPITULO II

CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LOS NIÑOS INVIDENTES.

2.1 Diferentes conceptos de ceguera.

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

- A) Aquellas personas que padecen deficiencias menores, corregibles mediante aparatos o tratamiento médico.
- B) Las de visión parcial o ceguera parcial, llamados también débiles visuales o ambliopes.
- C) Y aquellas que no tienen la capacidad de percibir identidades o formas luminosas y dependen de otros sentidos por su desplazamiento; propiamente ciegos.

También se les clasifica en los siguientes aspectos:

- a) Médico.- son ciegos aquellos que carecen de ojos o sufren una interrupción en las vías nerviosas que conectan los ojos con el encéfalo.
- b) Educativo.- se consideran ciegos a las personas que no pueden ser educadas a través de la vista, mientras que son videntes parciales las personas que requieren de recursos especiales para hacer uso de su visión.
- c) Jurídico.- "Legalmente se le considera ciega a una persona, cuando la agudeza visual en ambos ojos es de 20-200 o si el diámetro mayor del campo visual en ambos ojos es menor de 20° ".(3)

2.2 Tipos y causas de ceguera.

La ceguera puede deberse a dos factores fundamental--

gante, a la herencia y a traumatismos producidos por causas extrínsecas: a la primera se le denomina ceguera de tipo congénita o hereditaria; a la segunda, ceguera adquirida.

La herencia juega un papel muy importante en este aspecto, ya que las anomalías que se presentan en la visión, son transmitidas a los descendientes. como ejemplo tenemos la ceguera por Diabetes Mellitus, Toxoplasmosis congénita, Rubéola materna, Glaucoma infantil, etc.

También algunas enfermedades pueden producir ceguera como la Etna, la Hipertensión, así como el mal funcionamiento de la glándula como la Tiroides y la Hipofisis, la desnutrición acelera este proceso ya que la carencia de vitamina "A" disminuye la visión. Dentro de las enfermedades infecciosas, algunas de ellas actúan directamente o indirectamente en la pérdida de la vista, como ej. tenemos la Bruselosis, Gonorrea, Meningitis, etc.

2.3 Desarrollo de los sentidos.

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

- Sentido Táctil-Quinestésico.

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

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

- Sentido Auditivo.

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

- Sentido Olfativo y Gustativo.

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

CAPITULO Y I I

CONTROL PERSONAL DE PLACA EN NIÑOS INVIDENTES.

3.1 Como realizar un control personal de placa en niños invidentes.

1a. Visita

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2a. Visita

c) ¿Qué es el control personal de placa? (C.P.P.).

Es la manera de disminuir por medio del cepillado dental, la placa dento-bacteriana y así poder evitar las enfermedades que produce.

d) Material que se utilizó.

*) Cepillo dental.- les pedimos a los niños sus cepillos y vimos si servían o no.

***) Tabletas reveladoras y fucina básica.

***) Pasta dentífrica.

e) Manera en que se llevó a cabo.

Trabajamos con los niños de manera individual, para lograr su atención y así poder obtener un mejor resultado.

- Motivación del niño.

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

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

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

- Observación en el cepillado dental.

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

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

3a. Visita

A partir de este momento se les tomó 3 índices más, con intervalos de una semana.

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

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

En unos niños hubo la necesidad de que determinadas zonas

de la arcada dentaria, se cambiara el cepillo de una mano a otra para facilitar el acceso a esta.

3.2 Motivación a las maestras y a los padres como auxiliares en el C.P.P.

Se expuso un audiovisual, tocando los siguientes puntos:

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

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

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

CAPITULO IV

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

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

4.1 Elaboración de Odontogramas y aplicación de fsts.

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

- Datos recopilados de los Odontogramas.

Encontramos:

- a) Doce niños con placa dento-bacteriana.
- b) Dos niños con gingivitis.
- c) Un niño con parodontitis.
- d) Dos niños con mal posición dentaria.
- e) Uno con ausencia dentaria por tratamiento de Ortodencia.
- f) Un niño con Hipocalcificación dentaria.
- g) Catorce niños con oclusión 1^a clase y uno con 3^a clase.

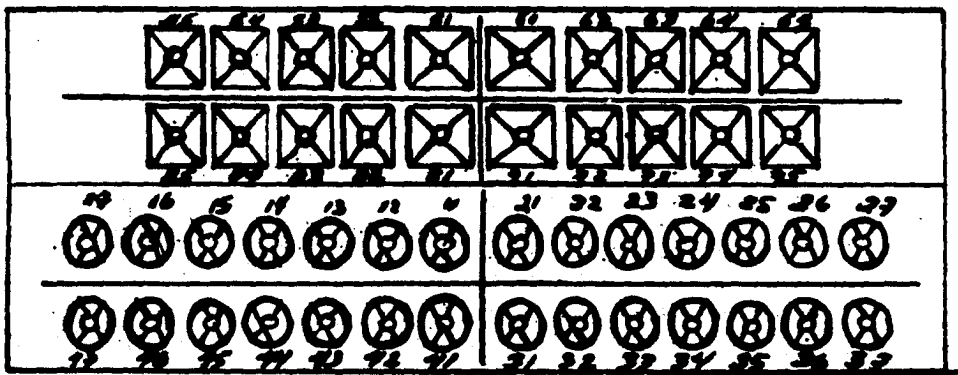
4.2 Definición de Índice Periodontal (I.P.).

" El estudio de la epidemiología de la enfermedad periodontal exige un criterio uniforme y preciso para determinar y registrar el estado periodontal de personas y poblaciones. Los métodos que expresan observación clínica en var-

Nombre: _____

Dirección: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Tel: _____



Rojo ---- Caries y patologías.

Azul ---- Restauraciones.

Dientes faltantes 0

Extracciones a realizar ---- X

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

TEJIDOS BLANDOS

Labios: _____

Carrillos: _____

Paladar: _____

Encía: _____

Lengua: _____

Frenillos: _____

INDICE DE PLACA DENTO- BACTERIANA.

1a. Semana: _____

2a. Semana: _____

3a. Semana: _____

4a. Semana: _____

índices numéricos se conocen como INDICE. Hay muchos índices para registrar y cuantificar las alteraciones periodontales que pueden ser utilizados con exactitud reproducible". (4)

A continuación mencionaremos algunos índices:

- Índice P.B.A. (Schour y Masslar).

Este índice se utiliza para registrar la frecuencia y gravedad de la gingivitis, la encía bucal de cada diente en la superficie vestibular, se dividen en tres unidades: la papila interdientaria (P), el margen gingival (M) y la encía insertada (A). A cada unidad se le da un punto por la presencia de inflamación (1), o ausencia (0). Se suman por separado los valores P.B.A. y después con los mismos valores se suman juntos y se expresan en una cifra.

- Índice de Placa I.P. (Quigley y Hein).

Este es un método para determinar placa reveladora. Se asigna una puntuación de 0 a 5 a cada superficie vestibular o lingual no restaurada de todos los dientes excepto terceros molares.

Valores:

0: no hay placa.

1: manchas aisladas de placa en el margen cervical del diente.

2: una banda continua de placa, hasta 1mm., en el margen cervical del diente.

3: una banda de placa de más de 1mm. de ancho, pero que cubra menos de un tercio de la corona del diente.

(4) Periodontología Clínica, Glickman Irving, cap. 21, pag. 289.

4= placa que cubra por lo menos un tercio de la corona del diente por un lado de los bordes.

5= placa que cubra dos tercios de la corona del diente o mas.

El indice de placa para toda la boca se determina dividiendo la puntuación total entre la cantidad de superficie examinadas.

- **Indice de Placa I.P. (Silness y Loe).**

Registro de placa:

0= no hay placa en el área gingival.

1= película adherida en el margen gingival libre y superficie del diente adyacente.

La placa solo puede reconocerse moviendo una sonda por la superficie del diente.

2= acumulación moderada de depósitos blandos dentro de la bolsa gingival o en la superficie dentaria adyacente que se ve a simple vista o en ambos.

3= abundancia de sustancias blandas en la bolsa gingival y o en el margen gingival, en la superficie dentaria adyacente.

- **Indice Simplificado de Higiene Bucal ISHB (OHI-S, Green y Parry).**

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

A) **Indice de residuos.**- se registran los siguientes dientes: la superficie dental del primer molar totalmente erupcionado, superficie derecha e izquierda; la superficie vestibular del incisivo central inferior izquierdo, la super-

ficie vestibular del incisivo central superior derecho; primer molar inferior lingual totalmente erupcionados los lados derecho e izquierdo de la mandíbula.

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

Valores:

0= no hay residuos ni manchas.

1= residuos blandos cubren no menos de un tercio de la superficie dentaria.

2= se cubre más de un tercio.

3= cubre más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta.

La cantidad de residuos se determinan raspando la superficie dentaria.

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

B) Índice de cálculos.

Los cálculos se registran en las superficies ya mencionadas de acuerdo a la fig. 2.

0= nada.

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

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

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

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

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



Fig. (1)

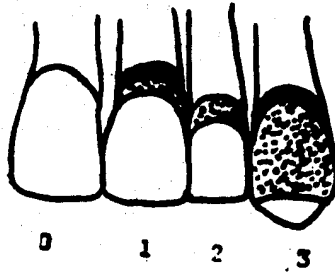


Fig. (2)

4.3 Índice que aplicamos.

Este fué el índice que utilizamos:

No. de dientes x No. de caras INDICE
No. de caras tñidas

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

4.4 Resultados.

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

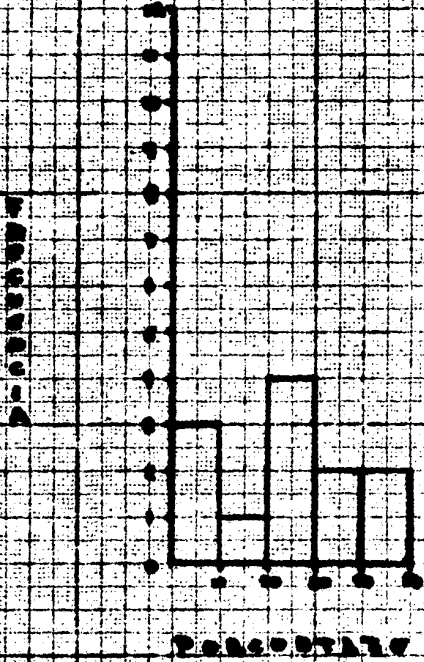
A continuación los resultados obtenidos, graficados. Se exponen por semana, formando un total de cuatro semanas.

	3	3.2	0	0
	2.5	2.1	2	0
V	1.0	0.3	3.5	0
A	1.05	1.0	6.6	2
L	2.53	1.0	1	3.1
D	2.66	1.0	0.5	6
R	2.0	0.1	0.6	6
E	0.72	1.7	1.28	3.8
S	3.0	2.2	13.3	12.3
	3.1	2.6	2.7	26.0
	3.0	2.05	2.25	2.7
	3.0	2.05	2.25	2.7
	3.0	2.05	2.25	2.7

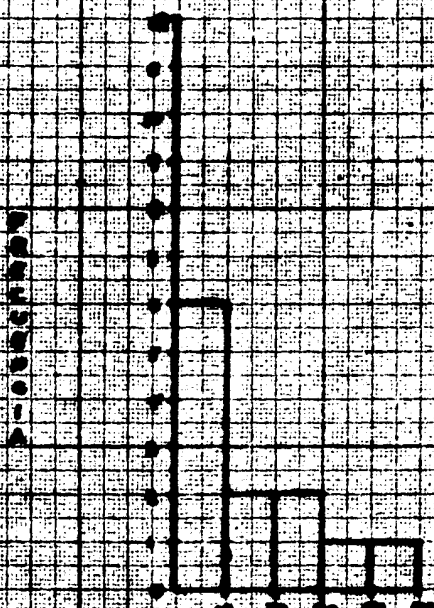
"PERIODS"

0-10	3	6	7	0
10-20	1	2	2	1
20-30	7	2	1	1
30-40	2	1	1	—
40-50	2	1	1	2

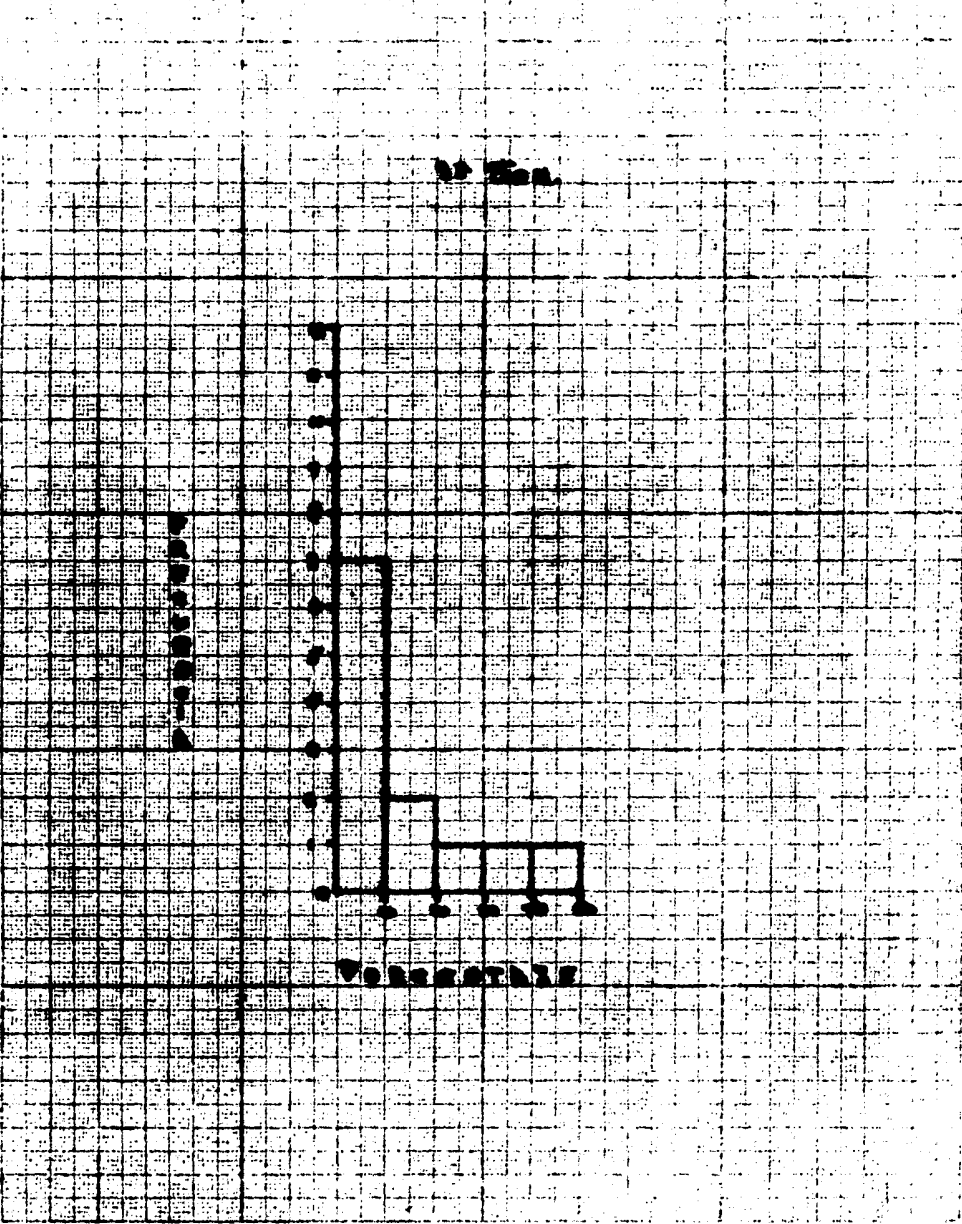
1987A



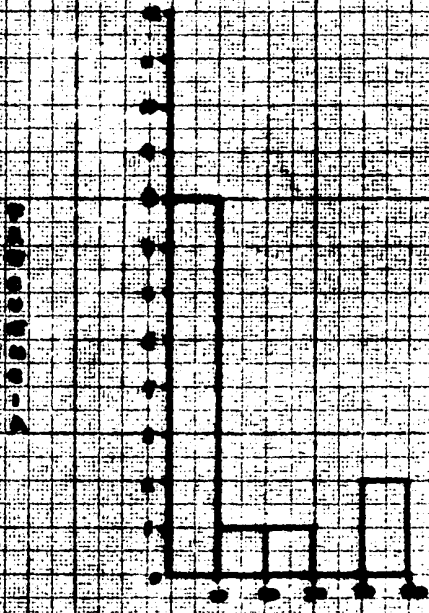
14.5m



PORENTALS



1952



1952

CONCLUSIONES

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

BIBLIOGRAFIA

- 1) W. Jelford Charles-M. Sawyer James
El Individuo Excepcional
 Traducción y adaptación: Prof. Rubén Ardila
 1973
 España
 Ed. Prentice/ Hall Internacional
 517 p.
- 2) Dr. Grant A. Daniel
 Dr. Stern B. Irving
 Dr. Everest G. Frank
Periodencia de Ochoa
 Traductor: Dra. Marina González de Grandi.
 2a. edición- 1975
 México D.F.
 Interamericana
 637 p.
- 3) Goldman Henry W.
Periodencia, Periodontología
 Traductor: R. Lozano
 1960
 México, D.F.
 Ed. Interamericana
 342 p.

4) Stone Stephen

Periodontología

Traductor: Carmen Barona

1972

México, D.F.

Ed. Interamericana

213 p.

5) Glickman Irving

Periodontología Clínica

Traductor: Marina B. González de G.

4a. edición 1980

México, D.F.

Ed. Interamericana

999 p.

6) Katz Simon

Mc Donald James L. Jr.

Odontología Preventiva en Acción

1975

Buenos Aires, Argentina

Ed. Panamericana

451 p.

TESIS.

1.- Escutia Loaiza Judith C.

Dinámica de grupos con personas ciegas.

1979

México, D.F.

Secretaría de Educación Pública

Secretaría de Educación Superior e Investigación
Científica.

Escuela Normal de Especialización

99 p.

2.- Sánchez Aguilar Alma Rosa

El mundo emocional del niño ciego.

1979

México, D.F.

Secretaría de Educación Pública

Secretaría de Educación Superior e Investigación
Científica.

Escuela Normal de Especialización

133 p.

3.- Valero Gamboa Margarita

La Agresividad en los ciegos.

1979

México, D.F.

Escuela Nacional de Especialización

41 p.

4.- Vázquez Meneses Alejandra

Orientación a los padres de familia de los niños ciegos.

1980

México, D.F.

Escuela Normal de Especialización

127 p.

5.- Ruiz Rodríguez Rafael del Sgdo. Corazón

Preservación de la Salud Dental en zonas marginadas de la
Magdalena Contreras.

1975

México, D.F.

Escuela Nacional de Odontología (UNAM)

44 p.