



UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DOCTORADO EN CIRUGIA DENTAL

Tema:

“Prevalencia de enfermedades y hábitos bucodentales en los pacientes con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022”

Asesor/a:

Dra. Hayssel Jannice Chávez Vigil.

Autores:

Barrera Osegueda, Katherine Alicia

Mendoza Lazo, Leonard David

Fecha:

Viernes 2 de Septiembre del 2022

Dra. Cristina Juárez de Amaya

Rector

Dra. Mirna García

Vicerrectora Académica y de Facultades

Dra. Nuvia Estrada de Velasco

Vicerrector de Investigación y Proyección Social

Ing. Sonia Rodríguez

Secretaria General

Dra. Dinorah Alvarado Miguel

Decano Facultad de Odontología

San Salvador, 2 septiembre del 2022

AGRADECIMIENTOS.

Primeramente, a Dios por regalarnos inteligencia y sabiduría para llegar hasta donde estamos hoy. “Encomienda a Jehová tu camino, Y espera en él; y él hará. (Salmos 37:5)”

A nuestras familias, por ser nuestra fuente de inspiración y motivarnos a luchar por nuestros sueños.

A nuestra asesora, Dra. Hayssel Chavez, por tomarse el tiempo de explicarnos y enseñarnos el manejo adecuado para poder dar atención odontológica a los niños de la Comunidad Monseñor Romero.

A los niños, padres y coordinador de la Comunidad Monseñor Romero por abrirnos las puertas y tratarnos como uno más de la comunidad y por ayudarnos a concluir este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.	7
1. CAPITULO I.	9
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	9
1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.	10
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.	10
1.3.1. Objetivo general:.....	10
1.3.2. Objetivos específicos:	10
1.4. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION.	10
1.5. JUSTIFICACION.	11
2. CAPITULO II.	13
2.1. FUNDAMENTACION TEORICA.	13
2.1.1. ¿QUIÉNES SON PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES?	13
2.1.2. ENFERMEDADES BUCALES MÁS COMUNES EN PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES.	14
2.1.2.1. Caries dental.....	15
2.1.2.2. Enfermedad periodontal.....	15
2.1.2.3. Xerostomía.	17
2.1.2.4. Maloclusiones.	17
2.1.2.5. Traumatismos dentales.....	17
2.1.2.6. Problemas de deglución.	18
2.1.2.7. Bruxismo.....	18
2.1.2.8. Incontinencia labial.	19
2.1.2.9. Sialorrea.	19
2.1.3. HÁBITOS ORALES EN PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES.	20
2.1.3.1. Mordedura de uñas.....	20
2.1.3.2. Succión digital.....	20
2.1.3.3. Respirador bucal.....	21
2.1.3.4. Protrusión lingual.	21
2.1.4. PATOLOGÍAS O SÍNDROMES ASOCIADOS A NECESIDADES ESPECIALES.	22
2.1.4.1. Síndrome de Down.	22

2.1.4.2. Parálisis cerebral infantil.....	23
2.1.4.3. Autismo.....	23
2.1.5. MANIFESTACIONES BUCALES EN PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES.....	24
2.1.5.1. Manifestaciones bucales en pacientes con síndrome de Down.....	24
2.1.5.2. Manifestaciones bucales en pacientes con parálisis cerebral.....	25
2.1.5.3. Manifestaciones bucales en pacientes con autismo.	25
2.1.6. MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES.....	26
2.1.6.1. Manejo odontológico en pacientes con síndrome de Down.....	26
2.1.6.2. Manejo cardiaco en pacientes con síndrome de Down.	27
2.1.6.3. Manejo odontológico en pacientes con parálisis cerebral.....	29
2.1.6.4. Manejo de pacientes con parálisis cerebral que presentan convulsiones..	30
2.1.6.5. Manejo odontológico en pacientes con autismo.	31
2.1.7. ALTERNATIVAS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES.	32
2.1.7.1. Modificación conductual.....	32
2.1.7.2. Restricción física.....	33
2.1.7.3. Premedicación oral.	33
2.1.7.4. Sedación.....	33
2.1.7.5. Anestesia general.	34
3. CAPITULO III.....	35
3.1. ENFOQUE Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.	35
3.1.1. Enfoque.	35
3.1.2. Tipo de investigación.	35
3.2. SUJETOS Y OBJETO DE ESTUDIO.	35
3.2.1. Unidad de análisis. Población y Muestra.	35
3.2.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	36
3.2.3. Variables e indicadores.	36
3.2.4. Matriz de congruencia.	37
3.3. TÉCNICAS, MATERIALES E INSTRUMENTOS.	40
3.3.1. Técnicas y procedimientos para la recopilación de la información.	40
3.3.2. Procedimientos para la recopilación de la información.....	40

3.3.3. Instrumentos de registro y medición.	41
3.4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	41
3.5. ESTRATEGIAS DE UTILIZACIÓN DE RESULTADOS.	41
3.6. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION.	42
4. CAPÍTULO IV.....	43
4.1. ANALISIS DE RESULTADOS.....	43
4.2. DISCUSION DE RESULTADOS.	66
5. CAPITULO V.	69
5.1. CONCLUSIONES.	69
5.2. RECOMENDACIONES.....	70
BIBLIOGRAFÍAS.	71
ANEXOS.	78
Anexo 1: Consentimiento Informado.....	79
Anexo 2: Ficha Odontológica.	81
Anexo 3: Validación del instrumento.....	84
Anexo 4: Cronograma de actividades.	90
Anexo 5: Presupuesto.....	92
Anexo 6: Carta de aprobación del comité de ética.....	94

INTRODUCCION.

La atención Odontológica en pacientes con necesidades especiales se vuelve cada vez más importante. La salud bucal en estos pacientes puede estar vinculada a diversos factores, entre ellos: Tipo de discapacidad, edad, sexo, nivel socioeconómico, hábitos inadecuados de alimentación, así como el acceso limitado de personas con discapacidad a odontopediatras; estos factores pueden influenciar en el desarrollo de alteraciones irreversibles en sus estructuras dentarias.^{1, 2}

El propósito de la investigación fue determinar la prevalencia de enfermedades y hábitos bucodentales en los pacientes con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022, en el cual se va a determinar el riesgo cariogénico, identificar las enfermedades más frecuentes, enumerar los hábitos orales más comunes e identificar las enfermedades periodontales más prevalentes.

El estudio se realizó en la comunidad Monseñor Romero Usulután de Enero a Julio del año 2022.

Por lo tanto, como se menciona en el capítulo I, las lesiones cariosas, los altos porcentajes de placa dental, necesidades preventivas y restauradoras constituye, hoy en día, una herramienta esencial que ayudara a los profesionales a manejar adecuadamente estas enfermedades, aunque se han hecho muchos intentos para definir qué factores hay que tomar en cuenta para prevenir las nuevas lesiones cariosas, algunas de las herramientas actualmente disponibles ofrecen una validez limitada cuando se usa un único factor para predecir estas enfermedades en el paciente, como lo es un tratamiento preventivo.

En capítulo II se habló sobre enfermedades bucales más comunes, hábitos orales, patologías o síndromes asociados, manifestaciones bucales en pacientes con necesidades especiales, manejo odontológico en pacientes con necesidades especiales y para finalizar se habló un poco sobre alternativas de atención odontológica en pacientes con necesidades especiales.

En cuanto al capítulo III, esta investigación fue sometida al comité de ética para obtener el aval para poder llevar a cabo esta investigación. Consiguiente a esto se solicitaron los

permisos correspondientes al encargado de la comunidad Monseñor Romero Usulután para poder llevar a cabo la exploración clínica en los pacientes. Para la recolección de datos, lo primero que se hizo fue explicar el consentimiento informado a los padres o encargados de los pacientes para que este fuera firmado. Posteriormente, se realizaron diagnósticos bucales en los pacientes para obtener los índices CPO y CEO, enfermedades y hábitos bucales más frecuentes que estos pacientes presentaron por medio de una ficha odontológica. Todos los datos obtenidos fueron codificados en una matriz de Excel para posteriormente ser tabulados en SPSS 23.

El propósito de esta investigación fue caracterizar a la población para crear estrategias para aumentar el cuidado de su salud bucal, así también crear intervenciones relacionadas a las necesidades de los pacientes participantes del estudio.

En el capítulo IV se explica a detalle los resultados obtenidos en base a la exploración clínica que se realizó a cada paciente y en el capítulo V se explican las conclusiones y recomendaciones de esta investigación.

1. CAPITULO I.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La atención Odontológica en pacientes con necesidades especiales se vuelve cada vez más importante. La salud bucal en estos pacientes puede estar vinculada a diversos factores, entre ellos: Tipo de discapacidad, edad, sexo, nivel socioeconómico, hábitos inadecuados de alimentación, así como con el acceso limitado de personas con discapacidad a odontopediatras; estos factores pueden influenciar en el desarrollo de alteraciones irreversibles en sus estructuras dentarias.

La Academia Americana Odontológica Pediátrica, define la discapacidad como cualquier impedimento físico, de desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitivo o condición limitante que requiera gestión médica, uso de servicios o programas especializados. Los niños con necesidades especiales son aquellos que tienen mayores riesgos de sufrir una condición crónica a nivel físico, de desarrollo, o comportamiento emocional; y que también necesitan servicios de salud y otros servicios que van más allá del tipo de tratamiento que generalmente reciben los niños sin impedimentos, ya que ellos requieren ayuda extra y dependen de otros para lograr mantener una buena higiene oral.^{1,2}

La evaluación de las lesiones cariosas, los altos porcentajes de placa dental, y el gran porcentaje de necesidades preventivas y restauradoras constituye, hoy en día, una herramienta esencial que ayuda a los profesionales a manejar adecuadamente esta enfermedad, aunque se han hecho muchos intentos para definir qué factores hay que tomar en cuenta para prevenir las nuevas lesiones cariosas, algunas de las herramientas actualmente disponibles ofrecen una validez limitada cuando se usa un único factor para predecir la enfermedad en el paciente, como lo es un tratamiento preventivo.²

Por lo que esta investigación plantea la recolección de datos donde se estableció el estado bucodental de los pacientes con necesidades especiales a través de una recolección de datos mediante un levantamiento de ficha diagnóstica en un periodo de enero a julio del año 2022 y de esta manera prever datos para futuras investigaciones y crear estrategias para la atención odontológica de acuerdo a enfermedades.

1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la prevalencia de enfermedades y hábitos bucodentales en los pacientes con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

1.3.1. Objetivo general:

Determinar la prevalencia de enfermedades y hábitos bucodentales en los pacientes con necesidades especiales en la comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022.

1.3.2. Objetivos específicos:

Determinar el riesgo cariogénico en los pacientes con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022

Identificar las enfermedades bucodentales más frecuentes en los pacientes con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022.

Enumerar los hábitos bucodentales más frecuentes en los pacientes con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022.

Identificar las enfermedades periodontales más prevalentes en los pacientes con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022.

1.4. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION.

El siguiente trabajo se realizó en el departamento de Usulután, 7° avenida Norte #17, Barrio La Merced, Usulután, media cuadra al norte de la Procuraduría General de la República. La Comunidad Monseñor Romero se focaliza en acciones de atención a favor de niñas y niños con necesidades especiales. Fue abierta como un espacio para recibir y acompañar el misterio de la fragilidad humana que se hace presente en las personas marginadas por sufrir algún tipo de discapacidad física o intelectual, lo cual incluye en familias de estas personas. Ha funcionado como un programa de fin de semana, en los cuales se consagran los primeros y terceros sábados del mes para atención terapéutica y psicológica, atendiendo a un grupo de unas 40 personas con

necesidad especial; de manera directa hay también con problemas de lenguaje y personas con discapacidad intelectual de la zona rural de Usulután

La investigación se realizó en dicho lugar debido a la accesibilidad que tienen los pacientes para llegar al establecimiento. Se evaluó la prevalencia de enfermedades y hábitos bucodentales en los pacientes con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután, esta investigación se llevó a cabo de enero a julio del año 2022.

En esta investigación se usó el término “necesidades especiales” para referirse a los niños y niñas que padecen algún tipo de síndrome o patología ya que como grupo se considera que el término vigente (discapacidad) es muy ofensivo o despectivo porque estos pacientes no tienen alguna discapacidad como la falta de alguna extremidad o falta de visión, sino que solo necesitan atención especial, es por eso que se ha tomado a bien usar el término “necesidades especiales” para referirnos a los pacientes.

1.5. JUSTIFICACION.

Es importante saber que las enfermedades bucodentales son frecuentes en pacientes con necesidades especiales y las enfermedades sistémicas que presentan dificultan la atención en la consulta odontológica. Se considera persona con necesidades especiales a todo ser humano que presente temporal o permanentemente una limitación, pérdida o disminución de sus facultades físicas, intelectuales o sensoriales para realizar sus actividades connaturales.⁵

Como se menciona anteriormente las personas con necesidad especiales, presentan algún tipo de limitación o impedimento y es por eso que en este estudio se ha decidido evaluar la prevalencia de enfermedades orales en pacientes que presenten necesidades especiales, como por ejemplo síndrome de Down o parálisis cerebral.

Al presentar algún tipo de necesidad especial su salud oral se puede ver afectada ya sea por falta de educación por parte de los responsables o por manejo inadecuado a nivel de la cavidad oral, es por esta razón que se considera muy importante la realización del

estudio, ya que con él se pudo evaluar la diversidad de patologías orales que estos pacientes pueden presentar.

En este estudio se determinó la prevalencia de enfermedades y hábitos bucodentales en los pacientes con necesidades especiales en el cual se estableció el riesgo cariogénico, se determinó el estado bucodental, se enumeraron los hábitos orales y enfermedades más frecuentes, y por último se examinó el estado periodontal en los pacientes con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután.

Para tener una idea sobre lo importante que fue este estudio, los pacientes con síndrome de Down suelen presentar anomalías características en la morfología craneofacial y en cavidad oral. Las anomalías orales afectan tanto a las estructuras duras como a las blandas: Lengua, mucosa oral, labios, glándulas salivares, velo del paladar y dentición. En la literatura científica, podemos encontrar multitud de estudios que evidencian la elevada predisposición de los pacientes con síndrome de Down a padecer problemas bucodentales (caries, periodontitis, maloclusiones, hábitos perniciosos) como consecuencia de su patología.⁶

Al padecer patologías o infecciones a nivel de la cavidad oral podría ocasionar que esto tenga repercusiones a nivel sistémico en pacientes que presente algún tipo de necesidad especial, es por eso que se considera importante la realización de este estudio, ya que este podría dar la pauta para que se lleven a cabo investigaciones sobre dicho tema o también para crear protocolos o estrategias encaminadas a la atención odontológica de acuerdo a la patología que el paciente con necesidades especiales presente.

Fue factible la realización de este estudio ya que todos los recursos necesarios para su realización estuvieron al alcance de cada uno de los investigadores.

2. CAPITULO II.

2.1. FUNDAMENTACION TEORICA.

2.1.1. ¿QUIÉNES SON PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES?

Los pacientes con necesidades especiales, ya sea sensorial, motora o intelectual, requieren de cuidado y atención especial de los encargados de velar por su salud y bienestar general, incluyendo su salud oral. Muchos de ellos son completamente dependientes de quienes les cuidan. Tales pacientes, en muchos casos se encuentran limitados a mantener por sí mismos su cavidad oral en condiciones adecuadas de higiene. Como consecuencia, desarrollan con frecuencia las dos enfermedades más comunes a nivel oral, como la caries dental y la enfermedad periodontal, de por sí comunes en todos los pacientes, pero acentuadamente más frecuentes en los discapacitados. La salud oral es un aspecto importante en la salud de todos los niños y es más importante para los niños con necesidades especiales de salud. Para las personas con discapacidades, el efecto de la enfermedad dental en la salud general y función es mayor que en los grupos similares sin discapacidad. Los individuos con discapacidades o enfermedades reciben menos cuidado oral que el resto de la población, a pesar del alto nivel de enfermedades dentales en ellos.^{7, 8}

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las dos terceras partes de la población que presentan necesidad especial no reciben atención bucodental y aunque los porcentajes estimados de población con discapacidad varían de una localidad a otra, los aspectos de salud integral para este grupo poblacional no incluyen su rehabilitación. Asimismo, se ha demostrado que la ignorancia, el desconocimiento y el temor a causar un daño, así como la falta de preparación para desarrollar en ellos un tratamiento conservador asociados a sus propias reacciones emocionales, las de sus familiares y las del profesional son los factores determinantes para emplear las extracciones múltiples como soluciones extremas, sin tomar en cuenta las mutilaciones que ello implica, haciendo cada vez mayores las barreras que impiden el acceso a los servicios de atención y en algunos casos hasta el rechazo del paciente a asistir a la consulta odontológica.⁷

Los pacientes con necesidad especial son de difícil manejo en sus tareas cotidianas y domésticas, y la consulta odontológica no es la excepción. Para realizarles procedimientos preventivos sencillos, como profilaxis dental y aplicación de flúor, se requieren esfuerzos y destrezas particulares. A nivel mundial no existe un reporte completo sobre el estado de salud y bienestar de las personas que presentan necesidad especial. Puede llegar a ser una de las situaciones que un Odontólogo puede enfrentar en su práctica privada como profesional de la salud. Pero, por el contrario, en las últimas cuatro décadas se ha prestado poca atención a la creación de planes para el tratamiento de pacientes que lo padecen y la necesidad que tienen de disfrutar el servicio odontológico. Los niños con necesidades especiales son aquellos que tienen mayores riesgos de sufrir una condición crónica a nivel físico, de desarrollo, comportamiento o emocional; y que también necesitan servicios de salud y otros servicios que van más allá del tipo de servicios que generalmente reciben los niños sin impedimentos. Requieren ayuda extra y dependen de otros para lograr y mantener una buena salud. Los tipos de discapacidad más frecuentes descritos en la literatura son autismo, la parálisis cerebral y el síndrome Down, las enfermedades bucales más comunes en estos pacientes son las mismas enfermedades bucales que en la población general, pero con una presentación más severa, por la dificultad para la realización de una higiene bucal estricta y por el deficiente conocimiento en el manejo de técnicas apropiadas para la remoción de placa.^{7,9}

2.1.2. ENFERMEDADES BUCALES MÁS COMUNES EN PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES.

Existe mayor prevalencia de enfermedades bucales en poblaciones con necesidades especiales, porque cuentan con un menor acceso al servicio de salud y mayor probabilidad de enfermarse. Una de estas poblaciones, son las personas con necesidades especiales. Una de las razones más importantes por lo que esta población presenta problemas dentales es debido a una deficiencia en la higiene oral. Además, personas con necesidades especiales no dependen de ellos mismos, sino sus padres o cuidadores y son ellos los responsables de llevar a cabo toda actividad preventiva, sin embargo, las personas a cargo del cuidado de estos pacientes son conscientes de que

una persona con una necesidad especial posee características orales asociadas a su enfermedad sangrado gingival, caries dental y halitosis.^{1, 10}

2.1.2.1. Caries dental.

La caries dental es muy común en niños discapacitados, al igual que los problemas asociados a la dieta y la higiene de modo que, es importante advertir a los padres y/o cuidadores sobre la naturaleza cariogénica de alimentación prolongada con biberón y el los efectos adversos de ciertos medicamentos.⁹

Según Basso (2019), redacta que la lesión cariosa, es un cambio detectable en la estructura dentaria que resulta de la interacción diente-biofilm. En otras palabras, es la manifestación clínica del proceso desmineralizante en los dientes. La severidad de la lesión va a depender del progreso de la misma según la pérdida mineral, desde una pérdida inicial a nivel microscópico hasta una destrucción tisular total. Por ejemplo, las lesiones cavitadas y no cavitadas, son dos estadios específicos de acuerdo a la severidad de la lesión.⁹

2.1.2.2. Enfermedad periodontal.

Esta enfermedad ocurre con mayor frecuencia a personas de edades tempranas con discapacidades del desarrollo. Entre los factores contribuyentes tenemos la mala higiene oral, hábitos y discapacidades físicas o mentales. La higiene oral de estos individuos generalmente depende de otras personas, usualmente los padres o un guardián o los encargados en las instituciones; Los obstáculos que impiden que estas personas logren una buena higiene oral son la falta de supervisión y asistencia, la apatía del cuidador hacia la salud dental, mayor cuidado con respecto a su discapacidad, y la falta de disponibilidad de dentistas capacitados. Los padres de los niños con discapacidades frecuentemente evitan o ignoran los requerimientos básicos de la buena salud periodontal, y los problemas médicos y sociales hacen que la salud oral tenga una muy baja prioridad en la vida del paciente.^{8, 9}

La enfermedad periodontal o también llamada periodontitis, puede estar ligada al consumo de fármacos ya que algunos pacientes con necesidades especiales presentan convulsiones y eso hace que consuman fármacos anticonvulsivantes y este tipo de fármacos provoca hiperplasia gingival.

Se entiende por agrandamiento gingival el incremento en masa y volumen del tejido gingival, que puede variar en severidad. Se considera una condición benigna de la cavidad oral, por lo general de manejo rutinario, que logra regularse con medidas simples de control de biopelícula. El agrandamiento gingival puede ser producido por diversas condiciones clínicas, hereditarias o deficiente higiene oral; esta última es la que está más asociada a su desarrollo debido a los cambios inflamatorios causados por el acúmulo de placa bacteriana; sin embargo, también puede estar asociado al uso prolongado de algunos fármacos utilizados para tratar enfermedades crónicas, el cual se denomina como agrandamiento gingival inducido por fármacos.³¹

Dentro de los grupos farmacológicos más asociados al agrandamiento gingival inducido por fármacos se encuentran los antihipertensivos de tipo bloqueadores de canales de calcio, inmunosupresores de tipo ciclosporina o azatioprina y entre los anticonvulsivantes principalmente la fenitoína.³¹

La epilepsia, afecta al 1% de la población mundial y requiere del uso de fármacos antiepilépticos o anticonvulsivantes para lograr su control, dentro de estos, la fenitoína actúa como un bloqueador selectivo de los canales de sodio sensibles al voltaje y constituye uno de los fármacos más empleados por su capacidad en el control de crisis focales y generalizadas, a pesar de sus amplias interacciones y variabilidad interindividual. Los calcioantagonistas y la fenitoína se han relacionado con el agrandamiento gingival inducido por fármacos como uno de sus efectos adversos, los cuales se incluyen dentro de las enfermedades farmacoinducidas en la cavidad oral como aquellas que afectan a la encía con hallazgos de hiperplasia; el mecanismo por el cual se produce dicho efecto no es completamente claro.³¹

2.1.2.3. Xerostomía.

La clasificación de la halitosis generalmente incluye la halitosis genuina (halitosis fisiológica y patológica), la pseudo halitosis y la halitofobia. La halitosis genuina es un mal olor oral evidente, con una intensidad que supera el nivel socialmente aceptable. La halitosis genuina se sub clasifica en halitosis fisiológica y halitosis patológica. La halitosis fisiológica se describe como el mal olor que surge a través de procesos de putrefacción dentro de la cavidad oral, sin ninguna enfermedad específica o condición patológica que pueda causar la halitosis. El origen de la halitosis fisiológica es principalmente la región dorsoposterior de la lengua. La halitosis patológica se sub clasifica en halitosis patológica oral (causada por enfermedades orales) y halitosis patológica extraoral (originada en las regiones nasal, paranasal, laríngea, tracto pulmonar y tracto digestivo superior).¹¹

2.1.2.4. Maloclusiones.

Ocurre con frecuencia especialmente en personas con discapacidades del desarrollo y puede estar asociado a irregularidades musculares intraorales y periorales, erupción dental tardía, subdesarrollo del maxilar, hábitos orales como empujar la lengua y el bruxismo. La maloclusión puede obstaculizar la masticación, el habla y aumentar el riesgo de enfermedad periodontal, caries dental y trauma oral. En cuanto a las maloclusiones, la prevalencia de la clase I es menor, mientras que la clase II y III es mayor con el resto de los niños sin discapacidad, se observa con frecuencia mordida abierta anterior y apiñamiento inferior, por lo que los autores consideran de gran importancia el valor diagnóstico y el tratamiento precoz en estos pacientes, con miras a lograr un mejor estado facial y bucal, así como una mayor aceptación social.^{7, 9}

2.1.2.5. Traumatismos dentales.

Las lesiones bucales y sus distintas manifestaciones clínicas en pacientes con capacidades especiales provocan un gran desconocimiento a estudiantes y algunos profesionales de la odontología, motivo por el que debemos describir estas patologías y sus posibles tratamientos. Ha sido posible constatar que la prevalencia de los traumatismos dentales es alta, y con mayor prevalencia en niños y adolescentes con

capacidades especiales; Los traumas son ocasionados por accidentes o por caídas que ocurren cuando un paciente presenta una crisis convulsiva como es el caso de la parálisis cerebral. Se debe enfatizar a los cuidadores sobre los traumas en estos pacientes ya que inmediatamente deben ser atendidos y explicar los riesgos que pueden ocasionar. En ocasiones cuando ocurre un trauma es importante localizar los dientes faltantes o los fragmentos faltantes ya que pueden ser aspirados y en caso de no ser encontrados indicar radiografías torácicas.⁹

2.1.2.6. Problemas de deglución.

El aparato motor oral se refiere a la mecánica oral que incluye la lengua que es un instrumento para la masticación y la succión y contiene receptores del tacto y del gusto, estando también implicada en el proceso del habla en conjunto con los labios y los dientes forman dos arcadas que separan el vestíbulo de la cavidad oral propiamente dicha y la mandíbula que junto al hueso hioides y apófisis estiloides del cráneo son partes esencial donde los músculos extrínsecos de la lengua se originan esenciales para el proceso de la alimentación. La cavidad oral está situada en la parte inferior de la cara, entre las fosas nasales y la región suprahioides. Tiene forma de óvalo con diámetro mayor anteroposterior Las habilidades motoras orales son funciones básicas críticas de nuestro diario vivir, que incluso ocurre mientras dormimos tal como: el control de la secreción bucal, tragar y mantener el alimento de las estructuras para poder respirar sin interrupciones. El buen funcionamiento del aspecto motor oral incluso impacta a los infantes en sus funciones básicas como chupar, mamar y tragar. La formación de las habilidades orales produce el control necesario para la destreza del habla comenzando desde el balbuceo en la infancia hasta la articulación compleja de las palabras en una conversación. Las habilidades motoras orales limitadas pueden afectar las acciones alimentarias entre ellas masticar, beber, expresiones faciales y el habla.¹²

2.1.2.7. Bruxismo.

El bruxismo del sueño y de la vigilia son actividades musculares masticatorias que Ocurren durante el sueño (caracterizados como rítmicos o no rítmicos) y mientras está

despierto (caracterizado por contacto dental repetitivo o sostenido) y/o inmovilización mandibular), respectivamente La etiología y el mecanismo neurológico de esta afección bucal aún no se conocen por completo, pero los estudios apuntan a diferentes indicadores de riesgo asociados, como factores locales, psicológicos, genéticos, neurológicos, sistémicos y sociales. En personas con parálisis cerebral, cuya maduración neurológica se retrasa o no existe, la presencia de hábitos parafuncionales, como el bruxismo. ⁷

2.1.2.8. Incontinencia labial.

Frecuentemente las alteraciones de la musculatura orofacial se integra a la variación en la cavidad oral, en la que destaca las mordidas abiertas anteroposteriores, mordidas cruzadas posteriores, paladar ojival y falta de sellado labial. En cuanto a la dentición permanente se observa labializada, debido a un patrón deglutorio atípico, originando una hipotonía labial, la cual origina el incorrecto sellado labial, provocando que la saliva se acumule en los espacios anteriores, lo que provoca la aparición de cálculo abundante en localizaciones atípicas como es el sector vestibular anteroinferior. ⁹

2.1.2.9. Sialorrea.

La sialorrea o babeo, es una condición de discapacidad con múltiples efectos adversos sociales y psicológicos, incluyendo la autoestima, es común presentarse en pacientes con parálisis cerebral, en la que los padres desarrollan el hábito de limpiar boca y mentón, protegiendo su ropa utilizando baberos, y cambiando varias veces. Generalmente el babeo, no se da por una excreción excesiva de saliva, sino más bien como una alteración neurológica común, alteración en la deglución, o disminución o sensación de derrame de saliva, la mala oclusión, cortes linguales, y la boca abierta constantemente. ¹³

2.1.3. HÁBITOS ORALES EN PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES.

2.1.3.1. Mordedura de uñas.

La onicofagia es el mal hábito de comerse las uñas, es decir, es el resultado de la repetición de una manifestación no deseada que en la frecuencia de la práctica puede instalarse pasando al ámbito inconsciente. Es por lo tanto un acto adquirido mediante la experiencia, repetitivo y adverso, proveniente de patrones neuromusculares complejos, dañino para el sistema estomatognático ya que produce un trauma en el sistema masticatorio. Además, los malos hábitos son realizados regular y automáticamente, sobre los cuáles el sujeto tiene poco control voluntario.¹⁴

Los pacientes que padecen de este mal hábito corresponden tanto a niños como adultos jóvenes, aunque se ha demostrado que es más prevalente en niñas. Los niños en particular practican estos hábitos anómalos como una forma de atraer la atención debido a que se encuentran expuestos a un entorno familiar violento, a la falta de atención de los padres, a la falta de madurez emocional, a los cambios constantes en el ambiente familiar, o bien, a modo de imitación.¹⁴

La importancia de estos hábitos radica en que todos los hábitos bucales parafuncionales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan éstos entre sí, ya que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. Además, los malos hábitos de posición o funcionamiento de dichos órganos rompen el equilibrio y conducen a disfunciones. Asimismo, se postula que la onicofagia a largo plazo provocaría una disminución del espacio articular, y por ende, desencadenaría una compresión discal.¹⁴

2.1.3.2. Succión digital.

Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir un dedo (generalmente el pulgar) en la cavidad oral. Éste es el más frecuente de los hábitos orales patológicos que pueden presentar los niños y generalmente implica una contracción activa de la musculatura perioral.¹⁵

Las maloclusiones que se asocian al hábito de succión digital son: mordida abierta anterior, protrusión de incisivos superiores, retroinclinación de incisivos inferiores, aumento del resalte, paladar estrecho y mordida cruzada. Estas maloclusiones no se producen exclusivamente por la presión directa que sobre las arcadas ejerce el dedo, sino que su desarrollo también se va favorecido por la modificación del funcionamiento de la musculatura perioral y lingual que provoca el hábito; Las posibilidades terapéuticas actualmente son tratamientos conductuales, dispositivos ortodónticos fijos o extraíbles y terapia miofuncional.¹⁵

2.1.3.3. Respirador bucal.

El respirador bucal es aquel que la mayor parte del tiempo respira por la boca. Normalmente se respira por la boca en determinadas circunstancias fisiológicas, siendo la más importante de ellas el aumento de las necesidades de aire durante el ejercicio.¹⁶

La respiración bucal constituye un síndrome que puede ser etiológicamente diagnosticado por causas obstructivas, por hábitos y por anatomía. Los que respiran por la boca por obstrucción, son aquellos que presentan desviación del tabique nasal, cornetes agrandados, inflamación crónica, congestión de la mucosa faríngea, alergias e hipertrofia amigdalina. Estos mantienen esa forma de respiración, aunque se les haya eliminado el obstáculo que los obligaba, convirtiéndose en respiradores bucales funcionales, y los que lo hacen por razones anatómicas son aquellos cuyo labio superior es corto y les impide un cierre bilabial completo.¹⁶

2.1.3.4. Protrusión lingual.

La protrusión lingual es el empuje de la lengua entre los incisivos o los segmentos bucales durante el acto de la deglución. La protrusión lingual se puede clasificar como simple o complejo; en el simple existe una contracción de labios, músculos mentonianos y elevadores mandibulares; los dientes posteriores están en oclusión, la lengua se encuentra en protrusión, pero existe un engranaje cuspídeo preciso y seguro. En el empuje lingual complejo existe un empuje lingual y deglución con dientes separados,

contracción en labios, músculos faciales y mentonianos, no hay contracción elevadores mandibulares y hay pobre adaptación e inestabilidad en engranaje cuspídeo.¹⁷

Para tratar el empuje lingual es importante modificar los patrones funcionales de los tejidos orales utilizando la ayuda del fonoaudiólogo, para una terapia funcional, y del ortodoncista o cirujano para un tratamiento ortodóncico o un reposicionamiento quirúrgico de los maxilares. No se debe tratar en pacientes que presenten discrepancias esqueléticas considerables que no se vayan a intervenir quirúrgicamente, aquellos con daño neurológico grave o tamaño de la lengua anormal, ya que no hay control de la función de la musculatura orofacial.¹⁷

2.1.4. PATOLOGÍAS O SÍNDROMES ASOCIADOS A NECESIDADES ESPECIALES.

2.1.4.1. Síndrome de Down.

Los niños con síndrome Down tienen un exceso de material genético debido a un cromosoma 21 extra, lo que se manifiesta con retardo mental y otras características biológicas, psicológicas y sociales que repercuten en la vida del niño, de la familia, la comunidad y la sociedad.¹⁸

El Dr. John Longdon Down descubre que el Síndrome de Down es un conjunto de signos y síntomas presentes en una persona, provocados por una alteración genética a nivel del cromosoma 21, que determina en un ser humano una serie de características fenotípicas propias de este padecimiento, convirtiéndose en la primera causa de retardo mental de origen genético.¹⁹

El patrón de características físicas observables (Gestalt) es altamente sugestivo, así como las alteraciones sistémicas. Sin embargo, no todas las alteraciones están presentes en cada individuo afectado. En recién nacidos el diagnóstico puede dificultarse; no obstante, diez características son altamente prevalentes. Hall, en 1966, analizó 48 recién nacidos afectados y encontró que 100% tuvieron 4 o más características y 89% tuvieron 6 o más. Desde entonces, estas características se utilizan para evaluar a todo recién nacido vivo, conocidas como criterios de Hall.²⁰

La morbilidad de los pacientes con síndrome de Down implica costos médicos 12 a 13 veces mayores en comparación con la población general durante los primeros cuatro años de vida, especialmente los pacientes con cardiopatía congénita que tienen la mayor mortalidad y en quienes se estima que requieren de 5 a 7 veces más atención médica que los pacientes con síndrome de Down sin cardiopatía congénita. Otras causas frecuentes de hospitalización son complicaciones de leucemia, respiratorias, hipotiroidismo y demencia; las respiratorias causan incluso mayor mortalidad.²⁰

2.1.4.2. Parálisis cerebral infantil.

La parálisis cerebral infantil es un síndrome cuyo origen está localizado en el Sistema Nervioso Central, primera neurona o neurona motora superior; eso implica que casi todos los niños con parálisis cerebral infantil presentan, además de los defectos de la postura y movimiento, otros trastornos asociados. La Parálisis Cerebral Infantil o encefalopatía estática son una serie de trastornos del control motor que producen anomalías de la postura, tono muscular y coordinación motora, debido a una lesión congénita que afecta al cerebro inmaduro y de naturaleza no progresiva, con tendencia, en los casos leves y transitorios, a mejorar, o permanecer toda la vida.²¹

Los signos y síntomas tempranos de Parálisis Cerebral Infantil, usualmente aparecen antes de los 18 meses de edad; los padres o familiares son los primeros que notan que los niños no presentan destrezas motoras acorde a su edad. El examen neurológico refleja retardo en el desarrollo neuromotor y habilidades motoras. Los reflejos del recién nacido pueden continuar presentes después de la edad en que usualmente desaparecen. La mayoría de los niños que presentan tono muscular anormal, en un inicio el tono muscular puede estar disminuido para cambiar a hipertonía en un periodo de 3 a 6 meses. Al estar aumentado el tono muscular, el niño tiene disminuido los movimientos espontáneos de sus extremidades o presentan movimientos anormales.²¹

2.1.4.3. Autismo.

El autismo es un trastorno estático del desarrollo neurológico que persiste toda la vida y que incluye un amplio margen de alteraciones conductuales. Afecta entre uno o dos de

mil personas y varía mucho en cuanto a severidad. Sus causas son múltiples y la genética juega un papel mayor; La alteración del lenguaje es un punto clave para el diagnóstico. Todos los niños autistas muestran alteraciones graves del lenguaje, que pueden abarcar desde una ausencia total del mismo, pasando por déficit en la comprensión y el uso comunicativo del lenguaje verbal y la mímica, hasta una disprosodia leve; Los principales síntomas del autismo son alteraciones en el comportamiento social, en la comunicación verbal y no verbal en el margen de intereses y actividades el niño autistas pueden mostrar afecto y tener una adecuada relación afectiva con sus padres o personas de su entorno. Este hecho debe recalcarse debido a que algunos médicos tienen la idea de que una adecuada interacción afectiva descarta el diagnóstico de autismo, lo cual no es cierto.²²

2.1.5. MANIFESTACIONES BUCALES EN PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES.

2.1.5.1. Manifestaciones bucales en pacientes con síndrome de Down.

En la cavidad bucal de los pacientes con síndrome de Down se pueden encontrar diversas manifestaciones. Los labios suelen encontrarse voluminosos, resecos y agrietados, debido a la respiración bucal con frecuencia hay queilitis, especialmente fisurada. En los carillos se ha reportado que un 90% de los pacientes con el síndrome presentaban una mucosa yugal de consistencia endurecida; además de la existencia de línea alba. El paladar duro clínicamente se va a encontrar estrecho, pequeño en su conjunto las variaciones morfológicas de la bóveda palatina pueden estar condicionadas por causa congénita y disfunción respiratoria. En el paladar blando la mucosa se observa congestiva debido a la respiración bucal. La lengua puede ser de tamaño normal o algo más agrandada, aparenta ser macroglósica por no tener cabida en la cavidad bucal. Puede ser larga o delgada, gruesa, ancha.²³

En las encías hay gran prevalencia de enfermedad, cuyos inicios suelen ocurrir desde edades muy tempranas existen factores condicionantes de estas alteraciones como: La malposición dentaria, la deficiente higiene oral y una mayor susceptibilidad a las infecciones. Los dientes en pacientes con trisomía 21 presentan características muy

particulares de la dentición, por ejemplo, se puede observar un retardo en la erupción de los dientes temporarios en 75% de los casos, pues el inicio de la erupción empieza en ellos aproximadamente a los 9 meses y, por lo general, la completan a los 4 o 5 años; la erupción de los dientes permanentes suele ser más regular. La microdoncia es el defecto morfológico más común y se puede ubicar con mayor frecuencia en los premolares y molares permanentes los problemas oclusales son muy variados: Hipoplasia maxilar respecto a la mandíbula, maloclusión debido al prognatismo relativo, mordida cruzada posterior, mordida abierta y apiñamiento dental anterior.²³

2.1.5.2. Manifestaciones bucales en pacientes con parálisis cerebral.

Los niños con parálisis cerebral tienden a tener dificultades para realizar actividades de rutina (como cepillarse los dientes) debido a que tienen problemas para controlar y mover las extremidades los niños con parálisis cerebral pueden presentar una mayor incidencia de enfermedad periodontal debido a una mala higiene bucal la incidencia de caries dentales puede ser mayor entre los pacientes institucionalizados en estos niños se observa mayor susceptibilidad a traumatismos dentales debido a la sobremordida excesiva (desplazamiento) de los dientes frontales superiores y a la mayor tendencia a caerse a causa de la mala coordinación muscular.²⁴

2.1.5.3. Manifestaciones bucales en pacientes con autismo.

Aproximadamente entre el 20 % y el 25 % de las personas con autismo pueden presentar bruxismo. Algunos pueden mostrar comportamientos de autoflagelación como lastimarse las encías, morderse los labios o provocarse ulceraciones. El uso de medicamentos puede tener efectos secundarios bucales. Algunos de estos efectos secundarios incluyen boca seca e inflamación de las encías. En estos pacientes hay mala higiene bucal debido a la dificultad de algunos niños de implementar cuidados en el hogar.²⁵

Los fármacos más comunes que producen hiperplasia gingival son los anticonvulsivantes, antihipertensivos, particularmente los antagonistas del calcio e inmunosupresores.³⁷ Estudios reportan que los medicamentos más implicados comúnmente en la sequedad bucal son: antidepresivos, antipsicóticos, y

antihistamínicos, por lo tanto, el problema de la boca seca es común en pacientes tratados de hipertensión, psiquiatría y problemas urinarios.³⁶

2.1.6. MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES.

2.1.6.1. Manejo odontológico en pacientes con síndrome de Down.

Para el tratamiento, hay que tener presente que muchos niños con síndrome de Down van a tener problemas médicos, es por ello que se debe de prestar atención a una posible interconsulta con el médico tratante. De manera general, el paciente con síndrome de Down puede ser atendido en el consultorio odontológico sin problema, cuando se realizan procedimientos de rutina, y suelen ser pacientes relativamente cooperadores. El odontólogo se va a encontrar, frecuentemente, no sólo con un niño especial sino también con una familia especial. El paciente con síndrome de Down, normalmente, exige un equipo multidisciplinario organizado y entrenado, capaz de satisfacer las necesidades del paciente, pero también debe ser capaz de ser comprensible y empático con la familia. El manejo efectivo de estos pacientes involucra más un cambio de actitud que de técnica; las actitudes importantes para el tratamiento del paciente con discapacidad son serenidad, comprensión y paciencia la responsabilidad de las condiciones de higiene oral no solo depende de los profesionales de la odontología, también los padres, cuidadores y educadores deben involucrarse en los procesos de instaurar buenos hábitos de higiene oral, en este grupo de población, por este motivo, es fundamental la asesoría adecuada por el Odontopediatra.²³

El odontólogo debe tener en cuenta que la angustia suele ser mayor. Debido a su inhabilidad para comunicarse a un impedimento físico, las reacciones del paciente ante la situación odontológica suelen ser desiguales a las de un paciente habitual. Si el odontólogo no está preparado para estas conductas, pueden aparecer sentimientos de nerviosismo y molestia, pudiendo incrementar el estado de ansiedad del paciente y hasta generar temores, lo que resulta un círculo vicioso. Es importante reconocer las restricciones en las capacidades de cooperación y evitar así las posibles reacciones de agresividad por parte del paciente, que en muchos casos responde al clima de tensión y

el temor a lo desconocido. En cuanto a los problemas de maloclusión dental, la consulta temprana y la instalación de ejercicios orofaciales son necesarias para prevenir esta patología y evitar así la necesidad de utilizar procedimientos invasivos. Una de las tácticas en el manejo de estos pacientes, que se destaca por ser capaz de evitar accidentes peligrosos, es utilizar abrebocas plásticos en el momento de realizar tratamientos odontológicos que requiera mantener la cavidad oral abierta por tiempos prolongados. A pesar de que muchos de estos pacientes no requieren de un manejo de conducta particular, otros necesitan técnicas más especializadas, incluyendo la anestesia general en algunos casos.²³

2.1.6.2. Manejo cardiaco en pacientes con síndrome de Down.

La mayoría de niños que nace con este síndrome padece malformaciones cardiacas en un 40 a 50%, siendo una de las principales causas de morbimortalidad, especialmente en los primeros dos años; por tanto, deben ser intervenidos cuanto antes a fin de optimizar su función cardiaca y mejorar el pronóstico de vida la anomalía más común es el canal atrio-ventricular completo o el defecto total del septum atrio-ventricular que es casi exclusivo de estos pacientes y representa hasta el 80% de todos los casos diagnosticados. Otras anomalías son: comunicación interauricular, comunicación interventricular, persistencia del conducto arterioso y tetralogía de Fallot, Estas cardiopatías tienen diferentes presentaciones clínicas y evolución. Los síntomas o signos de estas pueden estar ausentes en los primeros días, lo que conduce a un diagnóstico tardío. Esto puede ser determinante en el desarrollo de complicaciones como insuficiencia cardiaca, neumonía, arritmias cardiacas o hipertensión pulmonar.³⁴

Estas anomalías cardiacas pueden ser diagnosticadas prenatalmente a través de la ecocardiografía fetal y cuando se detectan, debe valorarse la posibilidad de que el feto padezca una trisomia 21, por lo que se sugiere a la madre la práctica de una amniocentesis, en la cual se extrae una pequeña muestra del líquido amniótico que rodea al feto para analizarla. Si el niño ya ha nacido, podremos sospechar que padece una cardiopatía congénita en caso de detectar cansancio en las tomas, respiración dificultosa, llanto débil, estancamiento del peso, o dificultad para ganarlo, coloración

azulada de la piel y las mucosas, etc. En tal caso, deberemos visitar a un especialista en este campo para practicarle un ecocardiograma en las primeras semanas de vida. El enfermo con patología cardiovascular es un paciente de riesgo en la consulta dental, en especial cuando no está controlado desde el punto de vista médico. Debemos conocer los protocolos clínicos básicos para realizar cualquier tratamiento dental con la máxima eficacia, pero con la mayor seguridad para su salud. Entre las enfermedades cardiovasculares que pueden tener repercusión en la consulta dental están la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, las arritmias cardíacas, la insuficiencia cardíaca y las alteraciones del endocardio que pueden originar una endocarditis infecciosa.³⁴

La endocarditis infecciosa es una enfermedad seria asociada con una morbilidad y mortalidad significativas. Esto se previene con la apropiada administración de antibióticos antes de procedimientos que produzcan bacteriemias seriamente considerables. La Asociación Estadounidense del Corazón habla sobre la profilaxis para la endocarditis infecciosa para procedimientos dentales es razonable sólo para pacientes con condiciones cardíacas asociadas con alto riesgo para desarrollar endocarditis infecciosa. Para pacientes con condiciones cardíacas de alto riesgo la profilaxis es sólo en aquellos procedimientos en los cuales se espera una bacteriemia considerable. El régimen antibiótico está basado en los medicamentos con el espectro adecuado y consiste en una dosis única administrada 30 a 60 minutos previo al procedimiento dental sin necesidad de una segunda dosis.³⁵

El medicamento profiláctico de primer escoge es la Amoxicilina la cual en adultos se indicarán 2gr vía oral 1 hora antes del procedimiento y en pacientes pediátricos se indicarán 50mg/kg vía oral 1 hora antes del procedimiento. Si el paciente es alérgico a la penicilina se debe de indicar Clindamicina, que en adultos serán 600mg vía oral 1 hora antes del procedimiento y en pacientes pediátricos serán 20mg/kg vía oral 1 hora antes del procedimiento.³⁸

2.1.6.3. Manejo odontológico en pacientes con parálisis cerebral.

Los odontólogos son uno de los tantos especialistas que están tratando el conjunto de problemas de la parálisis cerebral. El tratamiento multidisciplinario de la parálisis engloba fisioterapeutas, pediatras, neurólogos y terapeutas ocupacionales entre otros especialistas, por lo que nuestros requerimientos deberán ser explícitos, efectivos y adaptados al individuo. Al realizar la historia clínica de estos pacientes interesará conocer, sus antecedentes y el origen del proceso, así como la relación o coexistencia con otros procesos sistémicos. Asimismo, será importante anotar los fármacos que está tomando y las posibles interacciones sistémicas a la hora de realizar un tratamiento dental.²⁶

La mayoría de estos pacientes presenta dificultad comunicativa a causa de sus problemas motores y sensoriales. Será fundamental valorar su capacidad de comprensión y comunicación para crear vías de comunicación recíproca; también se deberá valorar el estado de ansiedad o miedo ante el tratamiento dental, y establecer, dependiendo de la capacidad de comprensión, estrategias de manejo de conducta como la desensibilización, el refuerzo positivo ante conductas correctas, y cuando se crea conveniente se valorará el uso de sedación o incluso anestesia general. En estos pacientes la sedación incluye el uso de la pre medicación con ansiolíticos, hasta el uso de sedación profunda en un medio adecuado.²⁶

En el caso de la pre medicación serán utilizados preferentemente fármacos como las benzodiazepinas, con una acción ansiolítica-sedante y un efecto relajante muscular, y que pueden ayudar al control del tono muscular ante un aumento del mismo o ante la repetición de movimientos involuntarios favorecidos por el estrés.²⁶

También puede ayudar la restricción física para controlar los movimientos inoportunos y evitar accidentes la restricción consiste en sostener la cabeza y los miembros fijos, de forma firme pero suave, sólo haciendo fuerza ante los movimientos. Se evitará enderezar los miembros contraídos, situando estratégicamente soportes con almohadillas o cojines debajo de la flexura de los miembros. El cuello se debe de mantener inclinado hacia delante para evitar el riesgo de asfixia o aspiración de líquidos. El tratamiento

odontológico deberá comenzar con una valoración del estado de salud bucal y la petición de los exámenes auxiliares que se consideren necesarios y que se puedan realizar.²⁶

2.1.6.4. Manejo de pacientes con parálisis cerebral que presentan convulsiones.

Una convulsión es un movimiento incontrolable de los músculos, que ocurre cuando las células nerviosas del cerebro se sobreexcitan y no funcionan adecuadamente. Cuando se piensa en convulsiones, se acostumbra a imaginar el cuerpo de una persona con sacudidas rápidas y sin control; sin embargo, no todas son iguales ya que hay muchos tipos y algunas de ellas son más leves.³⁰

La primera vez que se produce una convulsión puede ser difícil detectarla, sobre todo si son de carácter leve. Los síntomas específicos dependen de la parte del cerebro que esté afectada; no obstante, los signos y síntomas más frecuentes de las convulsiones en niños con parálisis cerebral infantil pueden ser las siguientes: Hormigueo en manos y pies, sensación de estar muy asustados sin razón aparente, mirada fija o confusión inusual, rigidez del cuerpo, temblor generalizado, sacudidas de todo el cuerpo o solo de una zona concreta, espasmos musculares incontrolables con movimientos involuntarios en manos y pies, babeo excesivo o espuma en la boca, pérdida de control del esfínter, caída repentina, sabor amargo o metálico y rechinar los dientes.³⁰

La conducta que se debe de tener a la hora de que un paciente con parálisis cerebral infantil convulsione es la siguiente: En primer lugar, se debe conservar la calma en todo momento y si es una crisis ya conocida y estudiada por el médico se debe de preguntar sobre las pautas a tener en cuenta a la hora de saber cuándo hay que trasladarlo al hospital. Luego de eso es importante comprobar cuantos minutos dura la convulsión, ya que es información relevante en caso de tener que trasladarlo a un centro hospitalario. Se debe de colocar de lado al niño que está teniendo la convulsión y en caso de no poder por lo menos hay que intentar que la cabeza este girada para evitar ahogos. Una vez el niño este en una posición correcta hay que proteger la cabeza y el cuerpo con objetos blandos, también hay que intentar, en la medida de lo posible, retirar objetos que lleve puestos la persona, tales como relojes, cinturones o cadenas. Por último, nunca hay que

colocar ningún tipo de objetos en la boca del paciente, ya que esto podría producir lesiones en dientes o en mandíbula.³⁰

2.1.6.5. Manejo odontológico en pacientes con autismo.

Para las personas con autismo puede representar un gran reto, pues suelen presentar varias dificultades (les molesta la sensación de tener la cara mojada, la textura o sabor de la pasta de dientes les es desagradable, a veces no saben escupir, etc.). Por esto, los niños autistas deberían acudir cuanto antes a la consulta odontopediátrica para tratar de establecer una familiarización con la misma y crear una rutina en la higiene oral.²⁷

Hablar con los padres y el paciente antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento dental para disminuir la ansiedad de ambos y evaluar la capacidad del paciente. Es importante recopilar toda la información posible para estar informados sobre las necesidades del paciente y así tratar de adaptar nuestra práctica de ser la primera visita, podría ser conveniente llevar al paciente a conocer al equipo antes, mostrándole lo que se utilizará y cómo funciona.²⁷

Hay que procurar que la primera cita sea breve y positiva, al igual que la última. Es mejor dejar los procedimientos complicados para sesiones intermedias. Intentaremos citar a estos pacientes a primeras horas del día, cuando tanto nosotros como el paciente no estemos fatigados ni física ni mentalmente; estableceremos el lenguaje apropiado dependiendo de cada tipo de paciente. En pacientes pequeños puede funcionar el uso de lenguaje pediátrico; cada edad requiere una adaptación adecuada del vocabulario empleado. Para los pacientes sensibles a los sonidos, el uso de audífonos bien sea para eliminar los ruidos o para escuchar música podría reducir sus temores y brindar confort.²⁷

El uso de pictogramas es importante, ya que ayudara a desglosar la visita odontológica con ayuda de materiales visuales. Las personas con Trastornos del Espectro Autista son excelentes pensadores visuales, es decir, comprenden, asimilan y retienen mejor la información que se les presenta de manera visual. Frente a la información verbal (que utiliza el canal auditivo, es abstracta y desaparece), las imágenes permanecen en el tiempo e implican un menor nivel de abstracción. Esa característica de representar información de manera visual, permanente y concreta se ajusta a las características

específicas del pensamiento de una persona con autismo, lo que ha hecho que el empleo de los apoyos visuales se haya convertido en una de las estrategias básicas y fundamentales en todos los procesos de enseñanza aprendizaje de las personas con Trastorno Autista. Estos pictogramas deben ser sencillos, concretos y esquemáticos, fáciles de manejar y siempre se deben de acompañar de un lenguaje simple y claro.²⁷

2.1.7. ALTERNATIVAS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES.

El manejo exitoso del paciente con necesidad especial requiere consideraciones especiales las cuales incluyen la aplicación de técnicas psicológicas, restricción física y terapéutica farmacológica entre otras. Sin embargo, muchas de las técnicas para el abordaje conductual utilizadas con la mayoría de los niños, pueden no ser útiles con los pacientes con discapacidad. Es por eso que muchos especialistas, toman la decisión de someter al paciente a un procedimiento bajo sedación o anestesia general, lo cual es considerado por otros autores como Kopel, un tratamiento que debe dejarse solamente para casos de emergencia, e intentar siempre, el acondicionamiento bajo técnicas psicológicas, lo cual ayuda a no enfrentar al niño a situaciones muy exigentes que muchas veces no puede afrontar por sus limitadas capacidades de comunicación.³²

2.1.7.1. Modificación conductual.

Consiste en la aplicación de diversas técnicas psicológicas que buscan cambiar conductas negativas que tenga el paciente para finalmente adaptarlo a la consulta odontológica. Entre las principales técnicas que se utilizan están el reforzamiento positivo, el moldeamiento y para alguna necesidad especial como el autismo es muy efectivo el uso de secuencias de pictogramas que representen la tarea a ejecutar. Es importante establecer, que el castigo es una técnica de modificación conductual que se contraindica en todos los pacientes con necesidad especial.³²

2.1.7.2. Restricción física.

Es un método manual, físico o mecánico aplicado al paciente para inmovilizarlo parcial o totalmente y permitir de esta manera la protección del paciente, del operador y su equipo. Este nunca debe aplicarse como castigo al paciente. Puede realizarse restricción de la cabeza, extremidades y del tronco; mediante dispositivos externos o con la ayuda del personal auxiliar. Es importante obtener el consentimiento informado para poder aplicar la restricción física.³²

Esta técnica limita o controla los movimientos bruscos que puede hacer el menor con sus manos o pies para evitar la ejecución del tratamiento la restricción de esos movimientos se logra con el uso de un dispositivo como el Papoose Board o, en su defecto, una manta envolvente. Previo a la práctica de esta técnica los padres deben ser notificados y deben explicárseles las razones y el método de la misma. Está indicada en pacientes no cooperadores que requieren un tratamiento inmediato por urgencia y en pacientes con algún grado de retraso psicomotor. Al ser una técnica en beneficio de la salud bucodental, la restricción física del paciente pediátrico no trae consigo repercusiones legales; sin embargo, como se mencionó ya, los padres deben aceptar previamente su utilización. Ésta es una técnica poco aceptada por los padres; sin embargo, siempre será más grave generar lesiones físicas transoperatorias debido a movimientos bruscos por una mala conducta, por lo que éstas se deben prevenir mediante el correcto uso de las técnicas de control de conducta.³³

2.1.7.3. Premedicación oral.

Consiste en la indicación al paciente de benzodiazepinas orales como el Diazepam o el Midazolam por vía oral, antes de iniciar el procedimiento odontológico para de esta manera disminuir la ansiedad del paciente y facilitar el desarrollo del plan del tratamiento.³²

2.1.7.4. Sedación.

Es un método efectivo para controlar la ansiedad del paciente, facilitar la analgesia, producir amnesia retrógrada, controlar la salivación, manteniendo cierta estabilidad

hemodinámica. Existen diversos niveles de sedación y distintas vías de inducción posibles: sedación oral o pre medicación, vía mucosa (sublingual e intranasal), vía intramuscular, inhalatoria o vía intravenosa.³²

2.1.7.5. Anestesia general.

Consiste en el uso de medicamentos que inducen al paciente a una pérdida de la conciencia y de la capacidad de mantener las funciones ventilatorias de forma voluntaria. Esta indicado en pacientes con complicaciones médicas importantes o imposibilidad de manejar la conducta.³²

El anestésico inhalatorio óxido nitroso es un componente inorgánico, inodoro, de estructura simple y lineal que, a temperatura y presión ambiente, se presenta en fase gaseosa y es químicamente estable. El mecanismo de acción del óxido nitroso todavía es poco conocido, pero con seguridad involucra varios tipos de receptores entre los cuales tenemos los Dopaminérgicos, Adrenérgicos, Benzodazepínicos y N-metil D-Aspartato. Es un fármaco fácil de manejar, se puede administrar cantidades crecientes, controladas para el paciente hasta alcanzar el nivel de sedación deseada. Una vez que cesó la administración de óxido nitroso, el paciente vuelve a su estado anterior debido a la reversibilidad rápida de los efectos. El óxido nitroso mezclado con el oxígeno es muy usado también en los pacientes odontopediátricos. Sus efectos clínicos aparecen en pocos minutos. Permite ir graduando las dosis de forma creciente ya que el profesional puede ir ajustando e ir observando sus efectos clínicos, de manera que resulta un método seguro.³⁹

3. CAPITULO III.

3.1. ENFOQUE Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.

3.1.1. Enfoque.

Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo debido a que se midieron los índices cariogénicos, prevalencia de caries dental, la frecuencia de hábitos bucodentales más comunes que presentan y la frecuencia de las morbilidades más prevalentes en estos pacientes.⁴⁰

3.1.2. Tipo de investigación.

Descriptivo: Se especificaron las características y rasgos más importantes de cualquier fenómeno que se analizaron, ya que este estudio no busca relacionar ninguna de las variables a estudiar, sino que el objetivo de la investigación es describir el estado de salud bucal de los pacientes que presentan necesidades especiales.

Observacional: Este estudio fue de tipo observacional ya que se limitaron a observar únicamente las variables del estudio y estas no serán manipularán, ya que, como se menciona antes, solo se centró en observar, medir y analizar las variables de caries dental, morbilidades y hábitos orales en los pacientes.

Transversal: Ya que se recolectaron los datos en un solo tiempo específico con el propósito de analizar su incidencia en un momento dado. Por lo tanto, se determinó el riesgo cariogénico y las enfermedades y hábitos orales más comunes.

Prospectivo: Se tomó la información de los participantes y luego por medio de la ficha odontológica se hizo seguimiento de los datos obtenidos.⁴⁰

3.2. SUJETOS Y OBJETO DE ESTUDIO.

3.2.1. Unidad de análisis. Población y Muestra.

Población: 40 pacientes con necesidades especiales, se tomaron en cuenta a todos los pacientes con necesidades especiales que asisten a la Comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022. El tipo de muestro fue no probabilístico por conveniencia ya que se

estará tomando en cuenta a todos los pacientes de la comunidad y no a un grupo específico de ellos.

3.2.2. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.	Criterios de exclusión.
Pacientes que presenten algún tipo de síndrome o enfermedad asociada a necesidades especiales.	Quedan excluidos aquellos pacientes cuyos consentimientos informados no han sido firmados por los padres de familia.
Pacientes pertenecientes a la comunidad Monseñor Romero Usulután.	Pacientes en los que se dificulte la exploración odontológica.

3.2.3. Variables e indicadores.

Los indicadores son aquellos aspectos medibles u observables que caracterizan a las variables. En este estudio se trabajó con tres variables las cuales son: Riesgo cariogénico, enfermedades bucodentales y hábitos bucodentales. En cuanto a la variable de riesgo cariogénico su indicador es el índice de riesgo cariogénico. Los indicadores de la variable de enfermedades bucodentales son la caries dental, enfermedad periodontal, xerostomía, maloclusiones, traumas dentales, problemas de deglución y bruxismo. Por último, los indicadores de la variable de hábitos bucodentales son mordedura de uñas, succión digital, respirador bucal y protrusión lingual.

3.2.4. Matriz de congruencia.

Tema: Prevalencia de enfermedades y hábitos bucodentales en los pacientes con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero, Usulután año 2022.						
Enunciado del problema: ¿Cuál es la prevalencia de enfermedades y hábitos bucodentales en los pacientes con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022?						
Objetivo general: Determinar la prevalencia de enfermedades y hábitos bucodentales en los pacientes con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022						
Objetivo específico.	Unidad de análisis.	Variables.	Operacionalización de variables.	Indicadores.	Técnica a utilizar.	Tipo de instrumento
Determinar el riesgo cariogénico en los pacientes con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022.	Pacientes que presenten algún tipo de síndrome o enfermedad ligada a necesidades especiales.	Riesgo cariogénico (escala de intervalos).	Índice CPOD: Mide la caries en la dentición permanente y toma en cuenta si el diente esta obturado o necesito extracción. Hay una variación que se utiliza en la dentición temporal llamada CEO-D.	Riesgo cariogénico: 0.0 a 1.1 muy bajo. 1.2 a 2.6 bajo. 2.7 a 4.4 moderado. 4.5 a 6.5 alto.	Observación.	Ficha odontológica.

<p>Identificar las enfermedades bucodentales más recurrentes en los pacientes con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022.</p>	<p>Pacientes que presenten algún tipo de síndrome o enfermedad ligada a necesidades especiales.</p>	<p>Enfermedades bucodentales (escala nominal).</p>	<p>Enfermedades bucales: Son las enfermedades más comunes y afecta durante toda la vida, causando dolor, molestias o desfiguración de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal.</p>	<p>Caries. Enfermedad periodontal. Xerostomía. Maloclusiones. Traumas dentales. Problemas de deglución. Bruxismo.</p>	<p>Observación.</p>	<p>Ficha odontológica.</p>
<p>Enumerar los hábitos bucodentales más frecuentes en los pacientes con necesidades especiales de la</p>	<p>Pacientes que presenten algún tipo de síndrome o enfermedad ligada a</p>	<p>Hábitos bucodentales (escala nominal).</p>	<p>Hábitos bucales: Son costumbres adquiridas por la repetición continua para calmar una necesidad emocional. Pueden modificar la posición</p>	<p>Mordedura de uñas. Succión digital. Respirador bucal. Protrusión lingual.</p>	<p>Observación.</p>	<p>Ficha odontológica.</p>

<p>comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022.</p>	<p>necesidades especiales.</p>		<p>de los dientes y su relación entre si</p>			
<p>Identificar las enfermedades periodontales más prevalentes en los pacientes con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022.</p>	<p>Pacientes que presenten algún tipo de síndrome o enfermedad ligada a necesidades especiales.</p>	<p>Enfermedades bucodentales (escala nominal).</p>	<p>Enfermedades periodontales: Son enfermedades progresivas (periodontitis y gingivitis que afectan a los tejidos de las encías que sirven para rodear y brindar apoyo a los dientes, y que también afectan a la mandíbula.</p>	<p>La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias. ⁴¹</p>	<p>Observación.</p>	<p>Ficha odontológica.</p>

3.3. TÉCNICAS, MATERIALES E INSTRUMENTOS.

3.3.1. Técnicas y procedimientos para la recopilación de la información.

La observación es de las técnicas más comunes empleadas en la investigación. La observación sugiere y motiva los problemas y conduce a la necesidad de la sistematización de los datos. La observación científica debe trascender una serie de limitaciones y obstáculos los cuales podrán comprender por el subjetivismo, el etnocentrismo, los prejuicios, la parcialización, la deformación, la emotividad, etc.

La técnica de la observación será viable en este estudio porque se basó en la percepción visual, para registrar posibles respuestas y producir datos. Por lo tanto, permitirá detectar y asimilar información, o tomar registro de determinados hechos a través de instrumentos.

La recolección de datos se realizó en la comunidad Monseñor Romero en Usulután, donde los pacientes acuden para que se les realicen fisioterapias de acuerdo a su condición y luego pasan al área de odontología donde se realizara el llenado de la ficha por parte de los investigadores y por los voluntarios/colaboradores de la comunidad. El resguardo de la información lo realizara Katherine Alicia Barrera Osegueda.

3.3.2. Procedimientos para la recopilación de la información.

1. Se sometió el anteproyecto al comité de ética.
2. Se solicitaron los permisos de los líderes de comunidad.
3. Para la recolección de datos lo primero que se hizo fue explicar el consentimiento informado a los padres o encargados de los pacientes para que fuera firmado.
4. Posteriormente, se realizó diagnósticos bucales en los pacientes para obtener los índices CPO y CEO, enfermedades y hábitos bucales más frecuentes que estos pacientes presentaron por medio de una ficha odontológica.
5. Todos los datos obtenidos fueron codificados en una matriz de Excel para posteriormente ser tabulados en SPSS 23.

3.3.3. Instrumentos de registro y medición.

Ficha Odontológica: obtenía los datos generales del paciente, odontograma, hábitos y enfermedades bucales más comunes

ANEXO 2. FICHA ODONTOLÓGICA.
FICHA ODONTOLÓGICA
"PREVALENCIA DE ENFERMEDADES ORALES EN NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE LA COMUNIDAD MONSEÑOR ROMERO USULUTÁN AÑO 2022"

Datos generales del paciente.
Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: F. ____ M. ____
Dirección: _____
Diagnóstico médico: _____
Médico Particular: _____
Medicamentos: _____
Persona responsable: _____

Historia odontológica.
Ha visitado alguna vez al Odontólogo Si: ____ No: ____
Limpia la boca a su hijo/a Si: ____ No: ____ ¿Cuántas veces al día? ____
Usa cepillo dental Si: ____ No: ____ usa pasta dental Si: ____ No: ____
Colabora al momento de su higiene bucal Si: ____ No: ____

Índice de placa bacteriana simplificado (se evaluarán 6 piezas dentales y 4 superficies)

Pieza dental	1-6	1-1	2-6	3-6	3-1	4-6
Superficie sana:						

Odontograma.

Índice CPO: ____
Índice CEO: ____

Enfermedades bucales más comunes en personas con necesidades especiales

Patología	Presencia	Ausencia	Localización
Caries			
Enfermedad periodontal			
Xerostomía			
Maloclusión			
Traumatismos dentales			
Problemas de deglución			
Bruñismo			
Incontinencia labial			
Sialomía			
Otros			

(Ver Anexo 2).

3.4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Primero se realizó el vaciado de datos en una matriz de Excel en el cual se codificaron las variables a estudiar, luego el procesamiento se realizó en el programa SPSS 23 en el que se procesaron los estadísticos descriptivos, se realizaron tablas 2x2 y gráficos, medidas de tendencia central, la media para la obtención del índice cariogénico en ambas denticiones; en el cual se reflejó la frecuencia y el porcentaje de la prevalencia de enfermedades y hábitos bucodentales en las personas con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022.

3.5. ESTRATEGIAS DE UTILIZACIÓN DE RESULTADOS.

Esta investigación fue presentada ante el comité de ética para que fuera aprobada, ya que se contemplara que dicha información servirá para tener datos estadísticos y graficas sobre los resultados de esta investigación. Lo anterior mencionado se hará con el propósito de brindar una copia del informe final al coordinador de la comunidad para que esta investigación pueda servir para la realización de futuras investigaciones o proyectos

orientados a la atención integral odontológica de los pacientes que fueron estudiados en esta investigación.

3.6. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION.

Se realizó la investigación en pacientes con necesidades especiales de la Comunidad Monseñor Romero Usulután, en un periodo de Enero a Julio del año 2022, se seleccionaron 40 pacientes a quienes se atendieron con profesionalismo y amabilidad, Como primera etapa se realizó una reunión con los padres explicándoles sobre la información a utilizar en la investigación, Cada padre que estuvo de acuerdo firmo un consentimiento informado, la información obtenida se resguardo por el equipo investigador, De igual manera, si algún padre de familia no desee participar en esta investigación se puede retirar en el momento que lo desee, a cada participante se le realizo levantamiento de ficha y diagnóstico al obtener dicha información de los datos de los pacientes se realizó la tabulación de todos los datos obtenidos.

4. CAPÍTULO IV.

4.1. ANALISIS DE RESULTADOS.

En el presente capítulo se realizó el análisis de los resultados, que parte de un análisis estadístico a través de la información obtenida por medio de un trabajo de campo. Dicha información posteriormente fue representada en diferentes gráficas y tablas que contribuirán a una mejor comprensión de los resultados. El análisis de resultados se llevó a cabo mediante el cumplimiento de los objetivos planteados en el capítulo I.

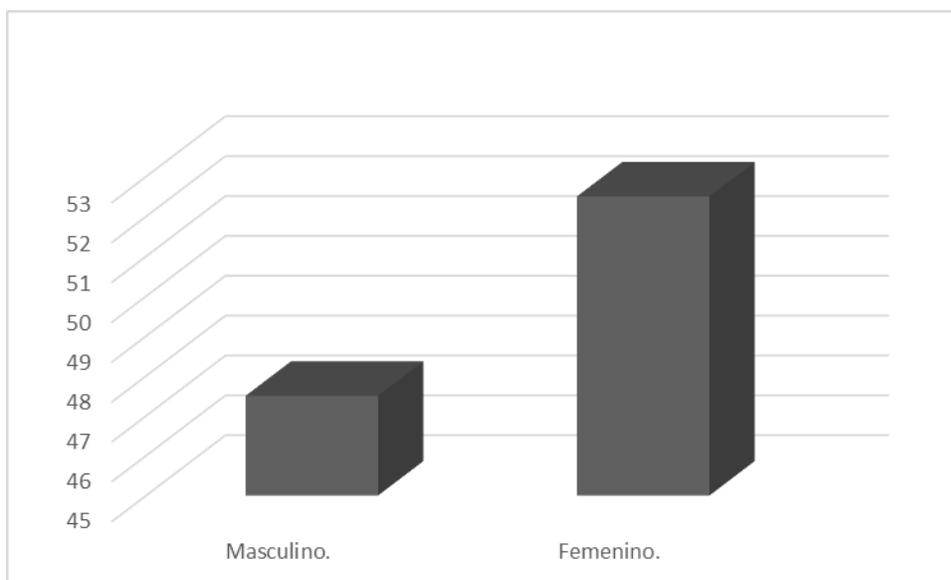


Figura 1: Sexo. Muestra de 40 pacientes de los cuales 19 eran de sexo masculino, que representan el 47.5% de la muestra y los 21 restantes eran del sexo femenino, que representan el 52.5% de la muestra.

Fuente: Elaboración propia.

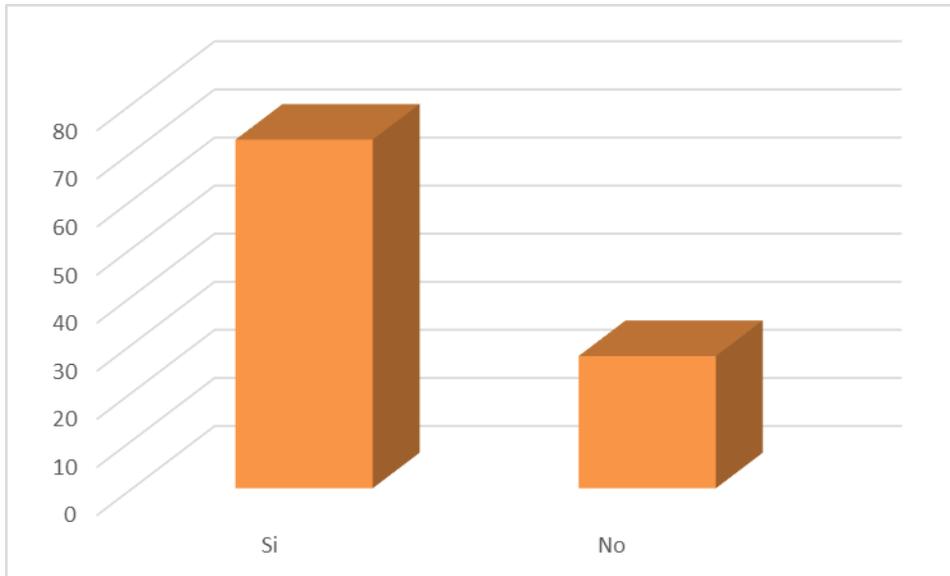


Figura 2: Visitas al odontólogo. 29 padres/responsables respondieron que sí, representando el 72.5% y los 11 padres/responsables restantes respondieron que no, quienes representan el 27.5% de la muestra.

Fuente: Elaboración propia.

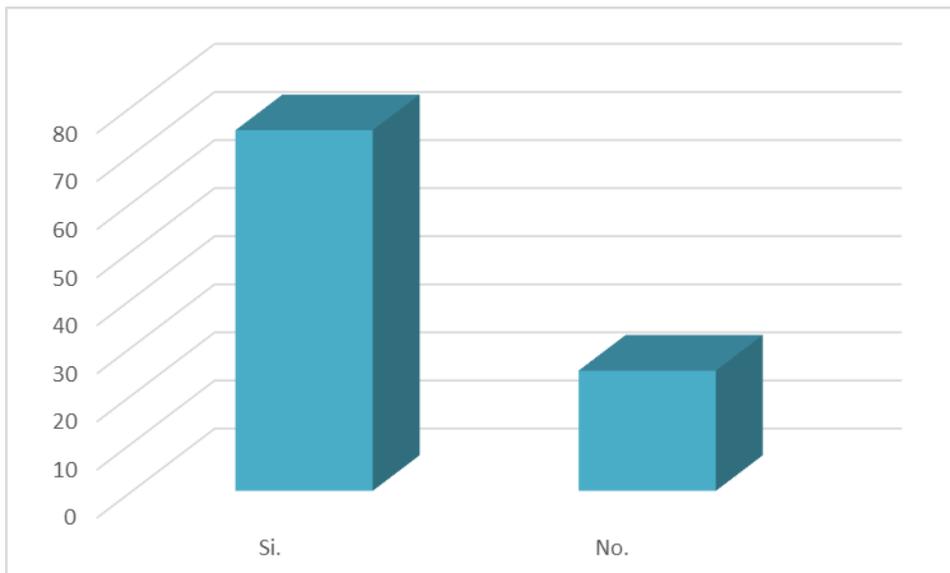


Figura 3: Cooperación en higiene bucal. 30 padres/responsables dijeron que sí, representando el 75% de la muestra y los 10 padres/responsables restantes dijeron que

los pacientes no colaboraban al momento de su higiene bucal y ellos representan el 25% restante de la muestra.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1: Diagnóstico médico. Se destacan 8 pacientes con diagnóstico de autismo que presentan el 20% de la población, también sobresaltan 7 pacientes que presentaron diagnóstico de parálisis cerebral infantil que presentan el 17.5% de la muestra y, por último, es importante mencionar que 8 pacientes presentaron diagnóstico de síndrome de Down y representan el 20% de la muestra.

Diagnostico.	Frecuencia.	Porcentaje.
Agenesia del cuerpo caloso.	1	2.50
Atrofia del nervio óptico.	1	2.50
Autismo.	8	20.00
Inmovilidad en ambas piernas por poliomielitis.	1	2.50
Microcefalia.	4	10.00
Neurofibromatosis.	1	2.50
Parálisis cerebral infantil.	7	17.50
Retraso en sistema psicomotor.	1	2.50
Retraso mental.	2	5.00
Síndrome de Arnold-Chiari.	3	7.50
Síndrome de Down.	8	20.00
Síndrome de motoneurona superior.	1	2.50
Sordera parcial.	1	2.50
Trastorno convulsivo.	1	2.50

Fuente: Elaboración propia.

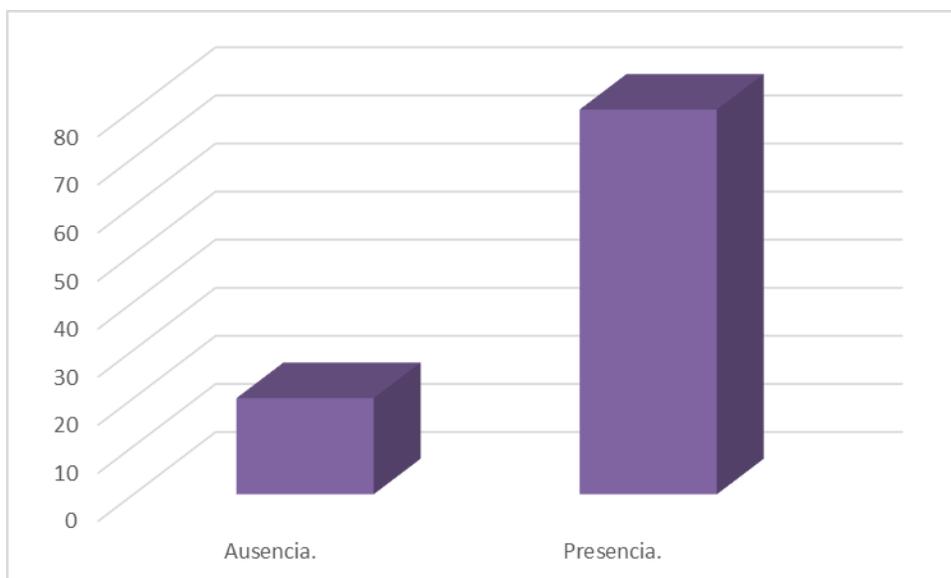


Figura 4: Caries dental. Se puede observar 8 pacientes, que representan el 20% de la muestra, no presentaron ningún tipo de caries dental, y el 80% de la muestra restante, que son 32 pacientes, si presentaron algún tipo de caries dental.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2: Índice CEO/CPO. Se encontró que los pacientes menores de 12 años presentan un riesgo cariogénico de 1.40, en dentición decidua estos pacientes presentan un riesgo cariogénico bajo. En cuanto a los pacientes mayores de 12 años se encontró que presentan un riesgo cariogénico de 4.06, en la dentición permanente presentan un riesgo cariogénico moderado.

Índice.	Mínimo.	Máximo.	Media.
Índice CEO.	0	7	1.40
Índice CPO.	0	18	4.06

Fuente: Elaboración propia.

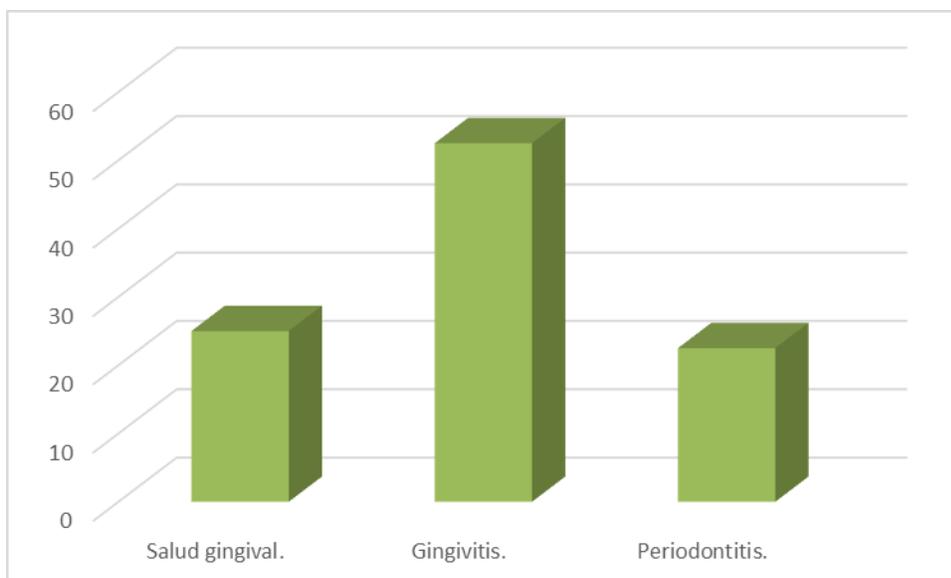


Figura 5: Enfermedad periodontal. Se puede observar que 10 pacientes, quienes representan el 25% de la muestra, presentaron óptimas condiciones de salud gingival, 21 pacientes presentaron gingivitis, que representan el 52.5% de la muestra y los 9 pacientes restantes presentaron periodontitis y ellos representan un 22.5%.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3: Índice de placa. Índice de placa que presentaron los pacientes fue del 75% y el índice de placa general de todos los pacientes evaluados en esta investigación es de 56.82%, eso quiere decir que estos pacientes presentan una higiene bucal deficiente.

Índice de placa.	
Media.	Moda.
56.82%	75.00%

Fuente: Elaboración propia.

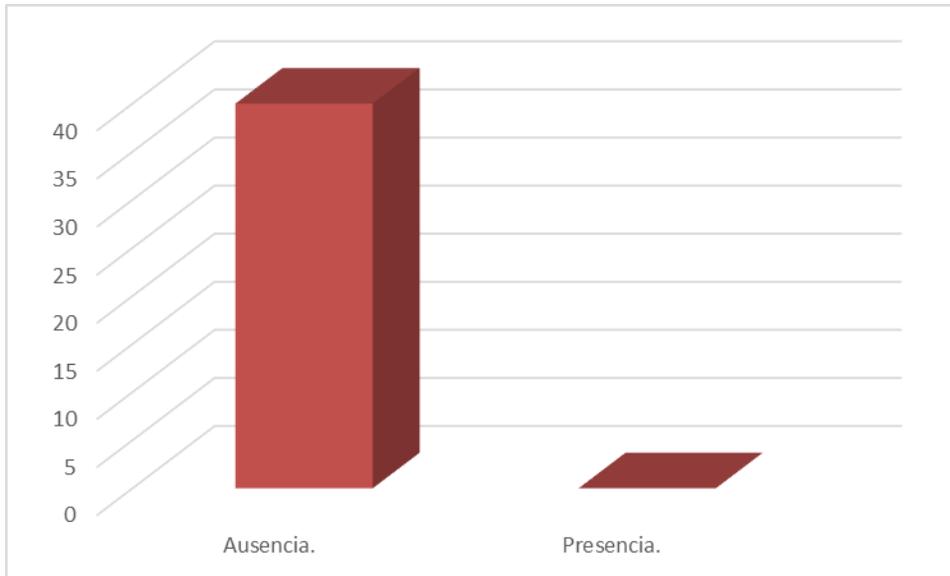


Figura 6: Xerostomía. En esta grafica podemos observar que el 100% de los pacientes, que son 40, no presentaron xerostomía.

Fuente: Elaboración propia.

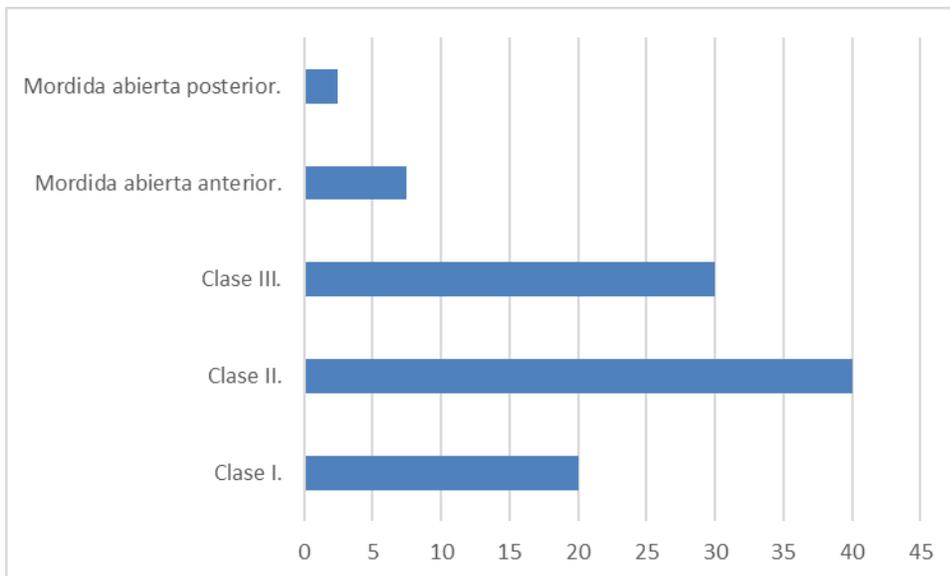


Figura 7: Maloclusiones según Angle. Se puede destacar que 8 pacientes, que es el 20% de la muestra, presentaron maloclusión clase I según Angle, también 16 pacientes presentaron maloclusión clase II según Angle que son el 40% de la muestra, y por último,

12 pacientes presentaron maloclusión clase III según Angle, que representan el 30% de la muestra.

Fuente: Elaboración propia.

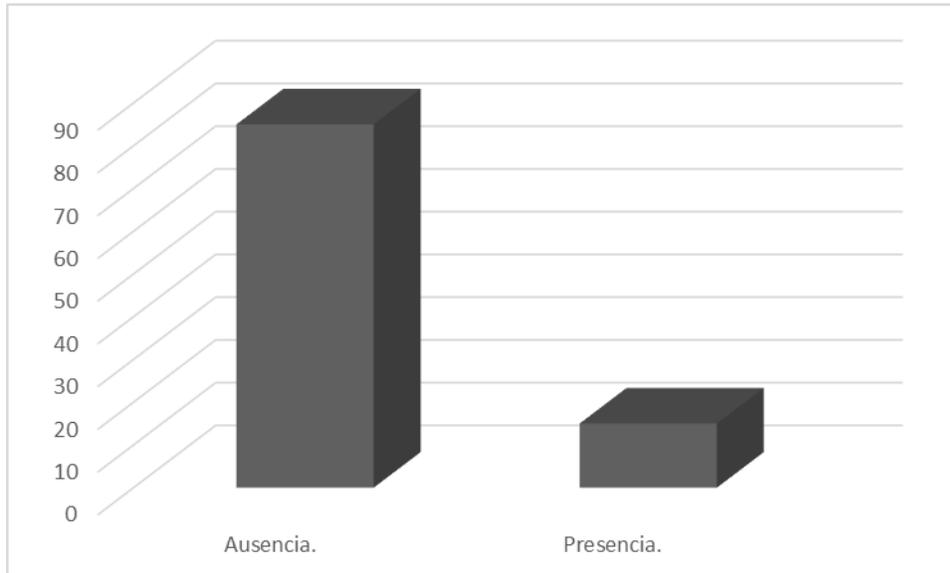


Figura 8: Traumatismos dentales. En esta grafica podemos ver que el 85% de los pacientes no presentan ningún tipo de traumatismo dental y el 15% de los pacientes restante evaluados presentaron algún tipo de traumatismo dental.

Fuente: Elaboración propia.

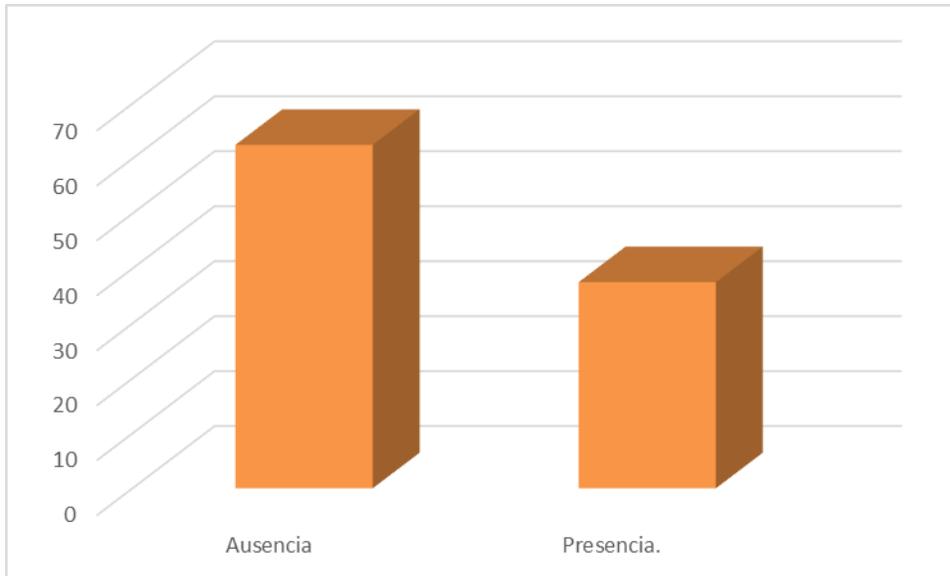


Figura 9: Bruxismo. Se pueden observar que 25, que representan el 62.5% de la muestra, no presentaron bruxismo y 15 pacientes restantes si presentaron bruxismo que es el 37.5% restante.

Fuente: Elaboración propia.

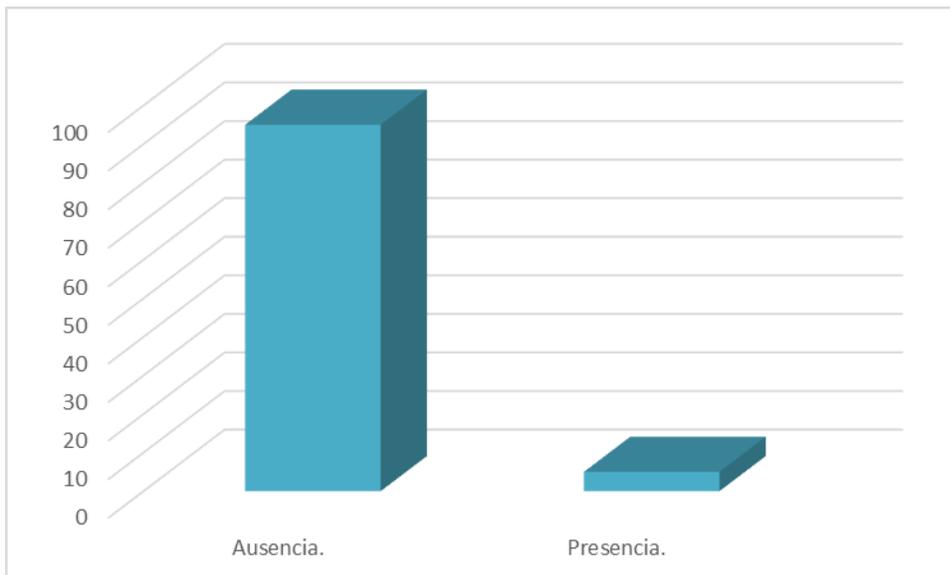


Figura 10: Problemas de deglución. Se puede evidenciar que el 95% de los pacientes evaluados, que serían 38, no presentaron problemas al deglutir, más sin embargo, el 5%

de los pacientes evaluados, que son únicamente 2 pacientes, si presentaron problema al deglutir.

Fuente: Elaboración propia.

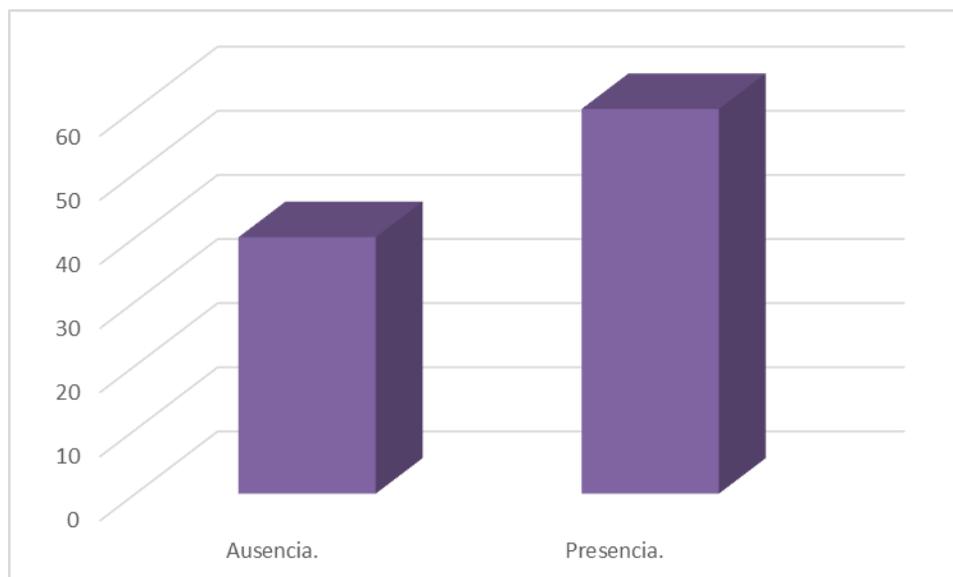


Figura 11: Incontinencia labial. Se puede observar que 16 pacientes no presentaron incontinencia labial, que corresponde al 40% de la muestra y los 24 pacientes restantes si presentaron problemas de incontinencia labial que corresponde al 60% de los pacientes.

Fuente: Elaboración propia.

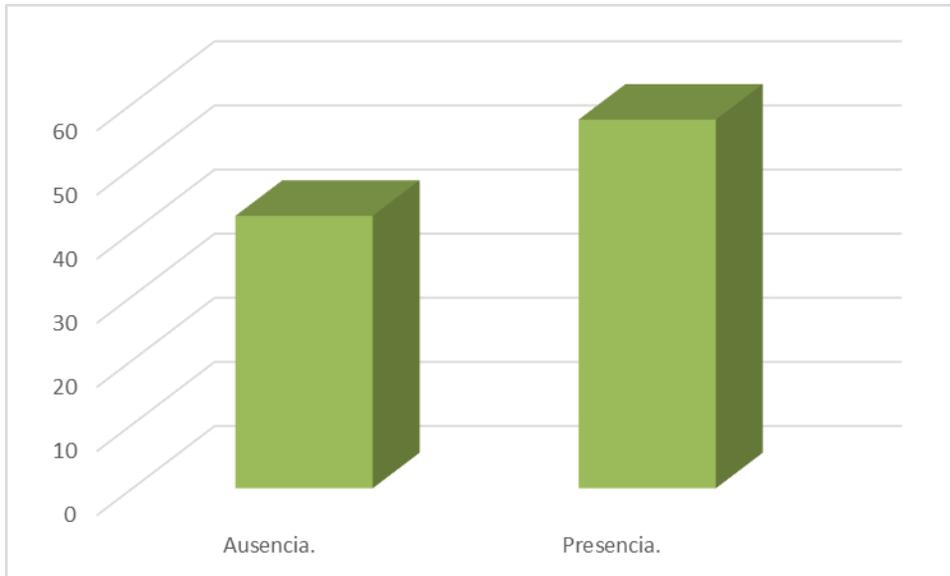


Figura 12: Sialorrea. Se puede observar que 17 pacientes, que corresponden al 42.5% de la muestra, no presentaron problemas de sialorrea y los 23 pacientes restantes, que representan el 57.5% de la muestra, si presentaron sialorrea.

Fuente: Elaboración propia.

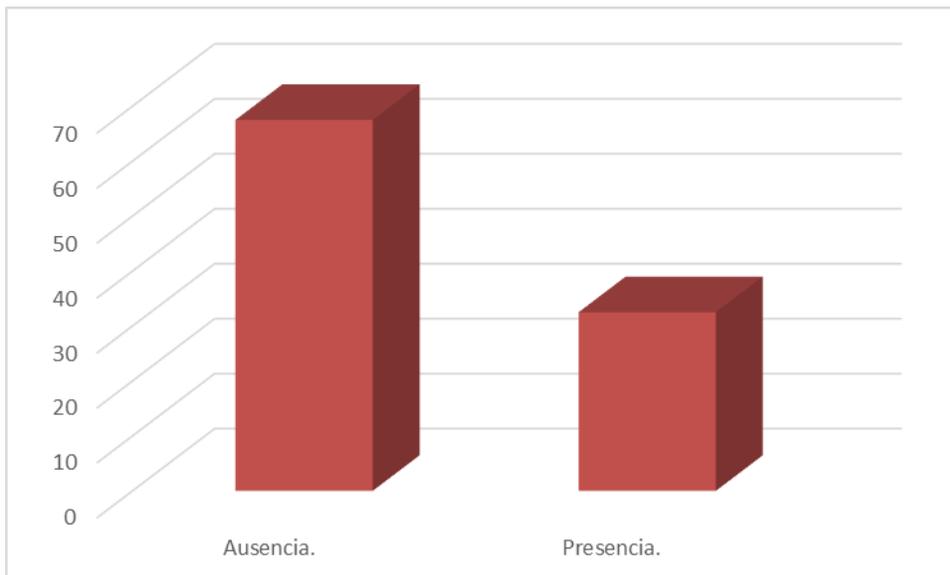


Figura 13: Mordedura de uñas. Se puede observar que 27 pacientes (67.5%) no presentaban onicofagia y 13 pacientes restantes (32.5%) si presentaban onicofagia.

Fuente: Elaboración propia.

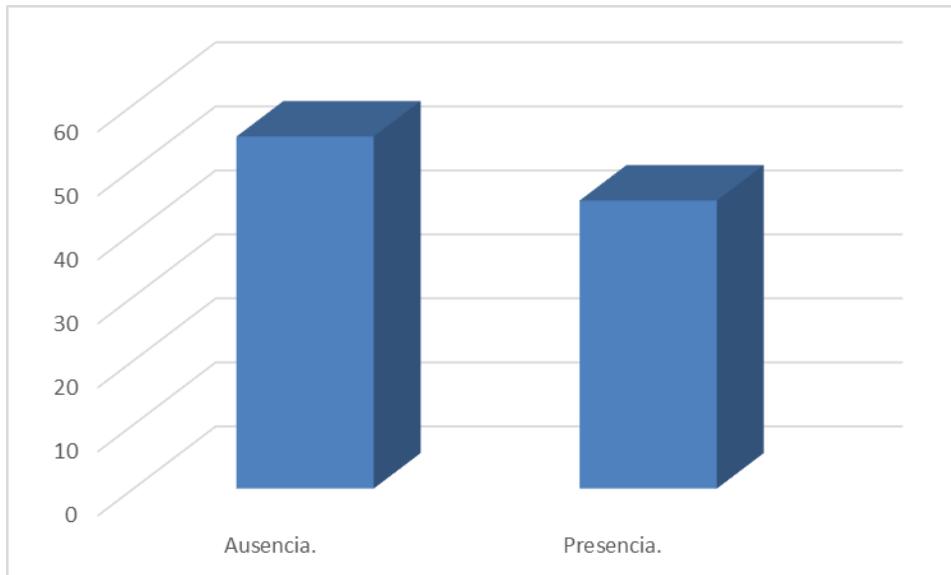


Figura 14: Respirador bucal. Se puede observar que 22 pacientes, que representa el 55% de la muestra, no presentan el hábito de respirar por la boca, y los 18 pacientes restantes, que representan el 45% de la muestra, si tienen el hábito de respirar por la boca.

Fuente: Elaboración propia.

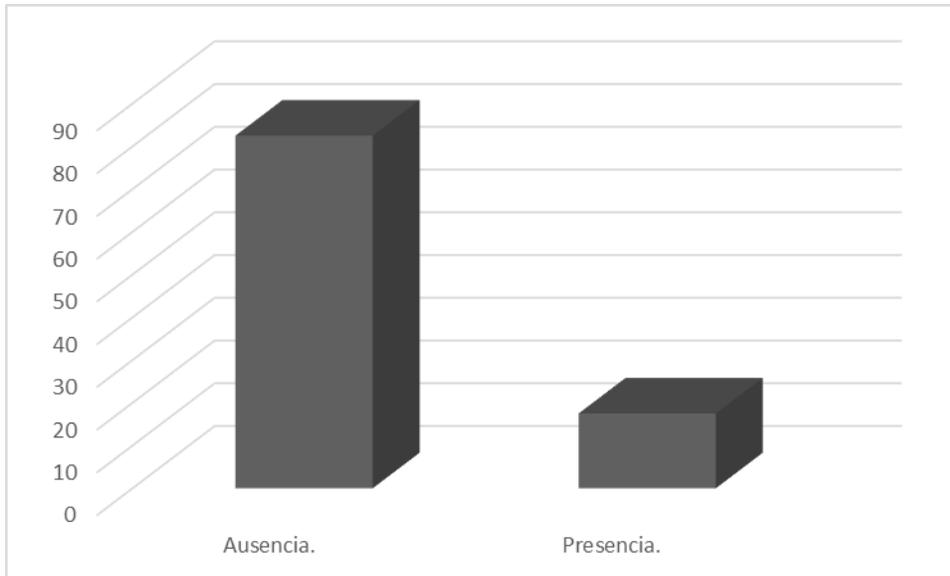


Figura 15: Mordedura de objetos. Se puede observar que 33 de los pacientes, que son el 82.5% no presentan el hábito de morder objetos y 17.5% de los pacientes, que son 7, si presentan el hábito de morder algún tipo de objeto.

Fuente: Elaboración propia.

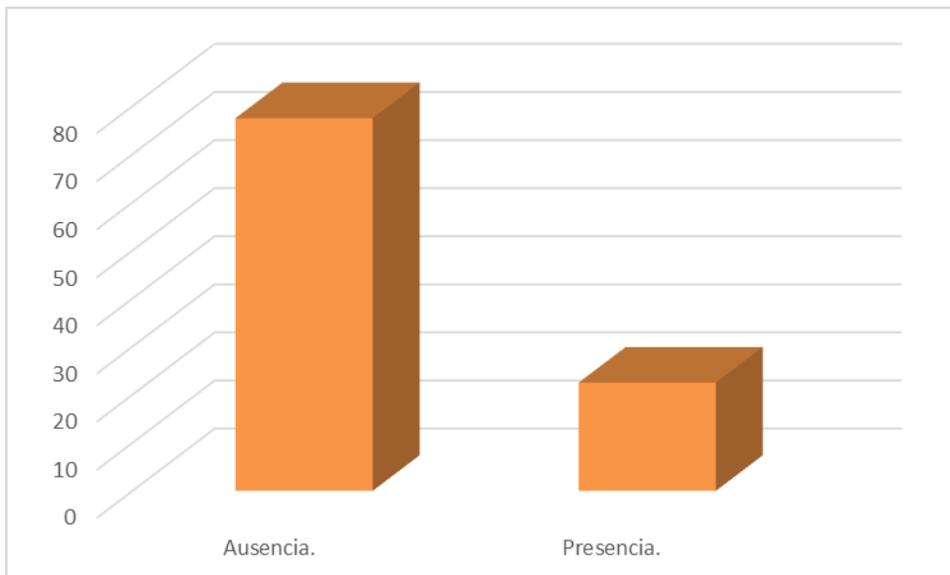


Figura 16: Succión digital. Se puede observar que 31 pacientes evaluados (77.5%) no presentan el hábito de succión digital y los 9 pacientes restantes evaluados (22.5%) si tienen el hábito de succión digital.

Fuente: Elaboración propia.

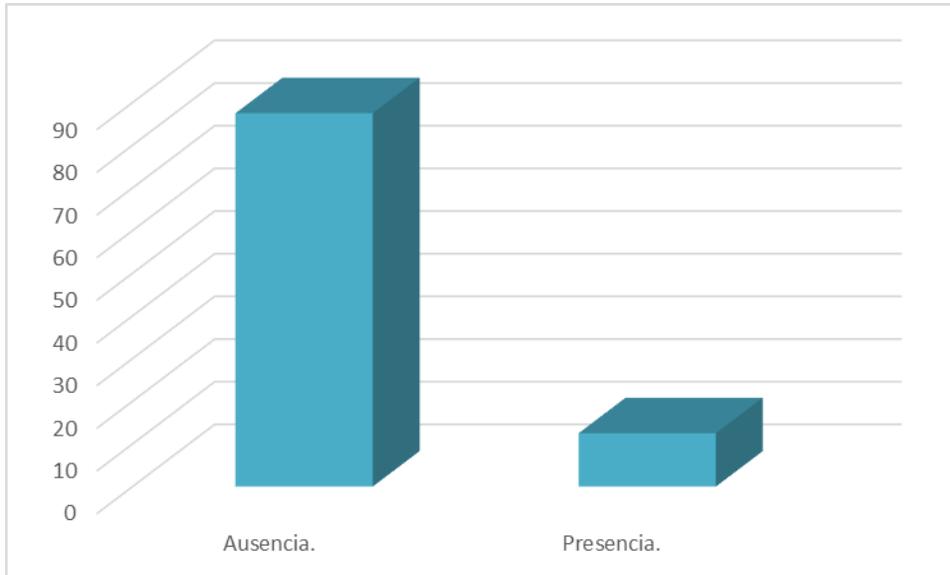


Figura 17: Protrusión lingual. Se puede observar que 35 de los pacientes, que son 87.5%, no presentaron el hábito de protrusión lingual y 5 de los pacientes restantes que son 12.5%, si tienen el hábito de protrusión lingual.

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se realizará el análisis de los resultados, relacionando el diagnóstico médico de los pacientes con cada una de las patologías y hábitos bucodentales que estos pacientes presentaron.

Tabla 4: Diagnóstico médico y caries dental. En esta tabla es muy notorio el alto grado de incidencia de caries dental en pacientes con autismo ya que el 12.50% presentaron caries dental, los pacientes con parálisis cerebral infantil que presentaron caries dental fueron del 21.90% y por último tenemos que los pacientes con síndrome de Down que presentaron caries dental fueron del 21.90%.

Diagnostico.	Ausencia.	Presencia.
Agenesia del cuerpo calloso.	0.00%	3.10%
Atrofia del nervio óptico.	12.50%	0.00%
Autismo.	50.00%	12.50%
Inmovilidad en ambas piernas por poliomielitis.	0.00%	3.10%
Microcefalia.	25.00%	6.30%
Neurofibromatosis.	0.00%	3.10%
Parálisis cerebral infantil.	0.00%	21.90%
Retraso en sistema psicomotor.	0.00%	3.10%
Retraso mental.	0.00%	6.20%
Síndrome de Arnold-Chiari.	0.00%	9.40%
Síndrome de Down.	12.50%	21.90%
Síndrome de motoneurona superior.	0.00%	3.10%
Sordera parcial.	0.00%	3.10%
Trastorno convulsivo.	0.00%	3.10%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5: Diagnóstico médico y enfermedad periodontal. En esta tabla podemos observar que los pacientes que presentaron gingivitis en su mayoría fueron pacientes con diagnóstico de autismo y parálisis cerebral infantil. Por otro lado, los pacientes que en su mayoría presentaron enfermedad periodontal fueron aquellos pacientes con diagnóstico de microcefalia y síndrome de Down.

Diagnostico.	Salud gingival.	Gingivitis.	Periodontitis.
Agenesia del cuerpo calloso.	10.00%	0.00%	0.00%
Atrofia del nervio óptico.	0.00%	4.80%	0.00%
Autismo.	20.00%	28.60%	0.00%

Inmovilidad en ambas piernas por poliomielitis.	0.00%	0.00%	11.10%
Microcefalia.	0.00%	9.60%	22.20%
Neurofibromatosis.	0.00%	4.80%	0.00%
Parálisis cerebral infantil.	20.00%	19.00%	11.10%
Retraso en sistema psicomotor.	0.00%	4.80%	0.00%
Retraso mental.	0.00%	9.60%	0.00%
Síndrome de Arnold-Chiari.	10.00%	4.80%	11.10%
Síndrome de Down.	40.00%	9.50%	22.20%
Síndrome de motoneurona superior.	0.00%	4.80%	0.00%
Sordera parcial.	0.00%	0.00%	11.10%
Trastorno convulsivo.	0.00%	0.00%	11.10%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6: Diagnóstico médico y xerostomía. En esta tabla lo único que se puede observar es que ningún paciente presento xerostomía, fuera cual fuera su diagnóstico médico.

Diagnostico.	Ausencia.	Presencia.
Agenesia del cuerpo caloso.	2.50%	0.00%
Atrofia del nervio óptico.	2.50%	0.00%
Autismo.	20.00%	0.00%
Inmovilidad en ambas piernas por poliomielitis.	2.50%	0.00%
Microcefalia.	10.00%%	0.00%
Neurofibromatosis.	2.50%	0.00%
Parálisis cerebral infantil.	17.50%	0.00%
Retraso en sistema psicomotor.	2.50%	0.00%
Retraso mental.	5.00%	0.00%
Síndrome de Arnold-Chiari.	7.50%	0.00%
Síndrome de Down.	20.00%	0.00%

Síndrome de motoneurona superior.	2.50%	0.00%
Sordera parcial.	2.50%	0.00%
Trastorno convulsivo.	2.50%	0.00%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7: Diagnóstico médico y maloclusiones. En esta tabla podemos ver las maloclusiones que los pacientes presentaron relacionándolo con su diagnóstico médico. Por ejemplo, los pacientes que presentaron maloclusión clase I según Angle fueron los pacientes con diagnóstico de autismo, los pacientes que en su mayoría presentaron clase II según Angle fueron los pacientes con diagnósticos de autismo y parálisis cerebral infantil, y por último, los pacientes que en su mayoría presentaron clase III según Angle fueron los pacientes con diagnóstico de autismo y síndrome de Down.

Diagnostico.	Clase I.	Clase II.	Clase III.	M.A.A.	M.A.P.
Agenesia del cuerpo calloso.	0.00%	0.00%	8.30%	0.00%	0.00%
Atrofia del nervio óptico.	0.00%	6.30%	0.00%	0.00%	0.00%
Autismo.	25.00%	25.00%	16.70%	0.00%	0.00%
Inmovilidad en ambas piernas por poliomielitis.	12.50%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Microcefalia.	12.50%	12.50%	0.00%	33.33%	0.00%
Neurofibromatosis.	0.00%	6.30%	0.00%	0.00%	0.00%
Parálisis cerebral infantil.	12.50%	31.30%	8.30%	0.00%	0.00%
Retraso en sistema psicomotor.	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%

Retraso mental.	12.50 %	6.30%	0.00%	0.00%	0.00%
Síndrome de Arnold-Chiari.	12.50 %	6.30%	8.30%	0.00%	0.00%
Síndrome de Down.	12.50 %	6.30%	41.70 %	33.33 %	0.00%
Síndrome de motoneurona superior.	0.00%	0.00%	0.00%	33.33 %	0.00%
Sordera parcial.	0.00%	0.00%	8.30%	0.00%	0.00%
Trastorno convulsivo.	0.00%	0.00%	8.30%	0.00%	0.00%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8: Diagnóstico médico y traumatismos dentales. En esta tabla lo que se puede observar es que los pacientes que presentaron algún tipo de traumatismo dental en su mayoría fueron pacientes con diagnósticos de síndrome de Down.

Diagnostico.	Ausencia.	Presencia.
Agenesia del cuerpo calloso.	2.90%	0.00%
Atrofia del nervio óptico.	2.90%	0.00%
Autismo.	20.60%	16.70%
Inmovilidad en ambas piernas por poliomielitis.	2.90%	0.00%
Microcefalia.	11.70%	0.00%
Neurofibromatosis.	2.90%	0.00%
Parálisis cerebral infantil.	17.60%	16.70%
Retraso en sistema psicomotor.	0.00%	16.70%
Retraso mental.	5.80%	0.00%
Síndrome de Arnold-Chiari.	8.80%	0.00%
Síndrome de Down.	17.60%	33.30%
Síndrome de motoneurona superior.	2.90%	0.00%
Sordera parcial.	2.90%	0.00%

Trastorno convulsivo.	0.00%	16.70%
------------------------------	-------	--------

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9: Diagnóstico médico y bruxismo. En esta tabla se puede evidenciar que los pacientes que presentaron bruxismo en su mayoría fueron pacientes con diagnóstico de autismo, parálisis cerebral infantil y pacientes con diagnóstico de síndrome de Down.

Diagnostico.	Ausencia.	Presencia.
Agenesia del cuerpo caloso.	4.00%	0.00%
Atrofia del nervio óptico.	4.00%	0.00%
Autismo.	20.00%	20.00%
Inmovilidad en ambas piernas por poliomielitis.	0.00%	6.70%
Microcefalia.	16.00%	0.00%
Neurofibromatosis.	0.00%	6.70%
Parálisis cerebral infantil.	20.00%	13.30%
Retraso en sistema psicomotor.	4.00%	0.00%
Retraso mental.	4.00%	6.70%
Síndrome de Arnold-Chiari.	8.00%	6.70%
Síndrome de Down.	16.00%	26.70%
Síndrome de motoneurona superior.	4.00%	0.00%
Sordera parcial.	0.00%	6.70%
Trastorno convulsivo.	0.00%	6.70%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10: Diagnóstico médico y problemas de deglución: En esta tabla es importante mencionar que solo dos pacientes presentaron problemas para deglutir, fueron un paciente con diagnóstico de atrofia del nervio óptico y el otro paciente presento diagnostico parálisis cerebral infantil.

Diagnostico.	Ausencia.	Presencia.
Agenesia del cuerpo calloso.	2.60%	0.00%
Atrofia del nervio óptico.	0.00%	50.00%
Autismo.	21.10%	0.00%
Inmovilidad en ambas piernas por poliomielitis.	2.60%	0.00%
Microcefalia.	10.50%	0.00%
Neurofibromatosis.	2.60%	0.00%
Parálisis cerebral infantil.	15.80%	50.00%
Retraso en sistema psicomotor.	2.60%	0.00%
Retraso mental.	5.20%	0.00%
Síndrome de Arnold-Chiari.	7.90%	0.00%
Síndrome de Down.	21.10%	0.00%
Síndrome de motoneurona superior.	2.60%	0.00%
Sordera parcial.	2.60%	0.00%
Trastorno convulsivo.	2.60%	0.00%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11: Diagnóstico médico e incontinencia labial. En esta tabla se puede reflejar que la mayoría de pacientes que se estudiaron que presentaron problemas de incontinencia labial fueron los pacientes con diagnóstico médico de autismo, microcefalia, parálisis cerebral infantil y pacientes con diagnóstico de síndrome de Down.

Diagnostico.	Ausencia.	Presencia.
Agenesia del cuerpo calloso.	0.00%	4.20%
Atrofia del nervio óptico.	6.30%	0.00%
Autismo.	31.30%	12.50%
Inmovilidad en ambas piernas por poliomielitis.	6.30%	0.00%
Microcefalia.	6.30%	12.50%
Neurofibromatosis.	0.00%	4.20%
Parálisis cerebral infantil.	6.30%	25.00%

Retraso en sistema psicomotor.	6.30%	0.00%
Retraso mental.	6.30%	4.20%
Síndrome de Arnold-Chiari.	12.50%	4.20%
Síndrome de Down.	12.5%	25.00%
Síndrome de motoneurona superior.	0.00%	4.20%
Sordera parcial.	6.30%	0.00%
Trastorno convulsivo.	0.00%	4.20%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12: Diagnóstico médico y sialorrea. En esta tabla es muy importante destacar que los pacientes que presentaron problemas de sialorrea en su mayoría fueron pacientes con diagnóstico médico de microcefalia, pacientes con parálisis cerebral infantil y pacientes con diagnóstico de síndrome de síndrome de Down.

Diagnostico.	Ausencia.	Presencia.
Agenesia del cuerpo caloso.	5.90%	0.00%
Atrofia del nervio óptico.	5.90%	0.00%
Autismo.	35.30%	8.70%
Inmovilidad en ambas piernas por poliomielitis.	5.90%	0.00%
Microcefalia.	5.90%	13.00%
Neurofibromatosis.	0.00%	4.30%
Parálisis cerebral infantil.	0.00%	30.40%
Retraso en sistema psicomotor.	5.90%	0.00%
Retraso mental.	0.00%	8.70%
Síndrome de Arnold-Chiari.	5.90%	8.70%
Síndrome de Down.	23.50%	17.40%
Síndrome de motoneurona superior.	0.00%	4.30%
Sordera parcial.	5.90%	0.00%
Trastorno convulsivo.	0.00%	4.30%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 13: Diagnóstico médico y mordedura de uñas. En esta tabla lo que se puede destacar es que de los pacientes investigados los que en su mayoría presentaron el hábito de onicofagia o mordedura de uñas, fueron aquellos pacientes con diagnóstico médico de autismo y síndrome de Down

Diagnostico.	Ausencia.	Presencia.
Agenesia del cuerpo calloso.	3.70%	0.00%
Atrofia del nervio óptico.	3.70%	0.00%
Autismo.	18.50%	23.10%
Inmovilidad en ambas piernas por poliomielitis.	3.70%	0.00%
Microcefalia.	11.10%	7.70%
Neurofibromatosis.	3.70%	0.00%
Parálisis cerebral infantil.	22.20%	7.70%
Retraso en sistema psicomotor.	0.00%	7.70%
Retraso mental.	3.70%	7.70%
Síndrome de Arnold-Chiari.	11.10%	0.00%
Síndrome de Down.	11.10%	38.50%
Síndrome de motoneurona superior.	3.70%	0.00%
Sordera parcial.	3.70%	0.00%
Trastorno convulsivo.	0.00%	7.70%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14: Diagnóstico médico y respirador bucal. En esta tabla podemos observar que los pacientes que en su mayoría presentaron el hábito de respirar por la boca fueron aquellos pacientes que presentaban los diagnósticos médicos de autismo, microcefalia, parálisis cerebral, síndrome de Arnold-Chiari y síndrome de Down.

Diagnostico.	Ausencia.	Presencia.
Agenesia del cuerpo calloso.	4.50%	0.00%
Atrofia del nervio óptico.	4.50%	0.00%
Autismo.	11.10%	11.10%

Inmovilidad en ambas piernas por poliomielitis.	4.50%	0.00%
Microcefalia.	4.50%	11.10%
Neurofibromatosis.	0.00%	5.60%
Parálisis cerebral infantil.	13.60%	22.20%
Retraso en sistema psicomotor.	4.50%	0.00%
Retraso mental.	4.50%	5.60%
Síndrome de Arnold-Chiari.	4.50%	11.10%
Síndrome de Down.	22.70%	16.70%
Síndrome de motoneurona superior.	0.00%	5.60%
Sordera parcial.	4.50%	0.00%
Trastorno convulsivo.	0.00%	5.60%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 15: Diagnóstico médico y mordedura de objetos: En esta tabla se puede observar que los pacientes que presentaron el habitos de morder objetos en su mayoría fueron pacientes que presentaban diagnósticos médicos de síndrome de motoneurona superior, síndrome de Arnold-Chiari, pacientes con parálisis cerebral infantil, pacientes con autismo y pacientes con síndrome de Down.

Diagnostico.	Ausencia.	Presencia.
Agenesia del cuerpo caloso.	3.00%	0.00%
Atrofia del nervio óptico.	3.00%	0.00%
Autismo.	15.20%	42.90%
Inmovilidad en ambas piernas por poliomielitis.	3.00%	0.00%
Microcefalia.	12.1%	0.00%
Neurofibromatosis.	3.00%	0.00%
Parálisis cerebral infantil.	18.20%	14.30%
Retraso en sistema psicomotor.	3.00%	0.00%
Retraso mental.	6.10%	0.00%
Síndrome de Arnold-Chiari.	6.10	14.30%

Síndrome de Down.	21.20%	14.30%
Síndrome de motoneurona superior.	0.00%	14.30%
Sordera parcial.	3.00%	0.00%
Trastorno convulsivo.	3.00%	0.00%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 16: Diagnóstico médico y succión digital. En esta tabla podemos ver que los pacientes que presentaron el hábito de chuparse el dedo o succión digital, fueron aquellos pacientes con diagnóstico médico de autismo, parálisis cerebral infantil y pacientes con diagnóstico médico de síndrome de Down.

Diagnostico.	Ausencia.	Presencia.
Agenesia del cuerpo caloso.	3.20%	0.00%
Atrofia del nervio óptico.	3.20%	0.00%
Autismo.	19.40%	22.20%
Inmovilidad en ambas piernas por poliomielitis.	3.20%	0.00%
Microcefalia.	12.90%	0.00%
Neurofibromatosis.	3.20%	0.00%
Parálisis cerebral infantil.	12.90%	33.30%
Retraso en sistema psicomotor.	3.20%	0.00%
Retraso mental.	6.40%	0.00%
Síndrome de Arnold-Chiari.	9.70%	0.00%
Síndrome de Down.	19.40%	22.20%
Síndrome de motoneurona superior.	0.00%	11.10%
Sordera parcial.	3.20%	0.00%
Trastorno convulsivo.	0.00%	11.10%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 17: Diagnóstico médico y protrusión lingual. En esta tabla lo que hay que resaltar es que los pacientes que más presentaron protrusión lingual fueron aquellos pacientes con diagnóstico médico de Síndrome de Down.

Diagnostico.	Ausencia.	Presencia.
Agenesia del cuerpo caloso.	2.90%	0.00%
Atrofia del nervio óptico.	2.90%	0.00%
Autismo.	22.90%	0.00%
Inmovilidad en ambas piernas por poliomielitis.	2.90%	0.00%
Microcefalia.	11.50%	0.00%
Neurofibromatosis.	2.90%	0.00%
Parálisis cerebral infantil.	20.00%	0.00%
Retraso en sistema psicomotor.	2.90%	0.00%
Retraso mental.	5.80%	0.00%
Síndrome de Arnold-Chiari.	5.80%	20.00%
Síndrome de Down.	11.40%	80.00%
Síndrome de motoneurona superior.	2.90%	0.00%
Sordera parcial.	2.90%	0.00%
Trastorno convulsivo.	2.90%	0.00%

Fuente: Elaboración propia.

4.2. DISCUSION DE RESULTADOS.

La Academia Americana Odontológica Pediátrica, define la discapacidad como cualquier impedimento físico, de desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitivo o condición limitante que requiera gestión médica, uso de servicios o programas especializados. Los niños con necesidades especiales son aquellos que tienen mayores riesgos de sufrir una condición crónica a nivel físico, de desarrollo, o comportamiento emocional; y que también necesitan servicios de salud y otros servicios que van más allá del tipo de tratamiento que generalmente reciben los niños sin impedimentos, ya que ellos requieren ayuda extra y dependen de otros para lograr y mantener una buena higiene oral.^{1, 2}

Con relación al estudio realizado en la ciudad de Guayaquil, el paciente "discapacitado", se realizó una investigación tipo descriptivo utilizando el método cualitativo, en la que se empleó un kit básico de diagnóstico. Obteniendo como resultados que las patologías bucales más frecuentes encontradas fueron caries dental con un porcentaje del 27%, gingivitis 16% y por último la maloclusión 19%, por lo que se concluye que en la Unidad Educativa Manuela Espejo existe una cultura y un cuidado a los niños en su salud bucal. De esta investigación también se refleja el cuidado de los padres de familia y de los educadores de la institución ya que existe un importante índice de piezas obturadas y moderado en caries lo que refleja el cuidado de la salud oral de los niños.⁴²

Así pues, en comparación a los pacientes evaluados en la Comunidad Monseñor Romero Usulután, aquí se encontró que los pacientes menores de 12 años presentan un riesgo cariogénico de 1.40, eso quiere decir que la dentición decidua de estos pacientes presenta un riesgo cariogénico bajo. En cuanto a los pacientes mayores de 12, ellos representan un riesgo cariogénico de 4.06, esto quiere decir que presentan un riesgo cariogénico moderado. Hablando de la enfermedad periodontal, 10 de los pacientes evaluados, que representan el 25% de la muestra, presentaron óptimas condiciones de salud gingival, mientras que 21 presentaron gingivitis que representan el 52.5% de la muestra y los 9 pacientes restantes presentaron periodontitis y ellos representan un 22.5%.

En un estudio, Boj et al. Afirma que: Los niños con parálisis cerebral severa suelen presentar mayores índices de placa bacteriana, de gingivitis, de estreptococos mutans y, por si fuera poco, a esto se suele añadir la ingestión de medicamentos azucarados por periodos largos de tiempo, condicionando la presencia de un mayor índice de caries.¹³

En cuanto al estudio realizado para determinar el riesgo de caries en pacientes de 6 a 12 años de edad, pertenecientes a las instituciones educativas para niños con necesidades especiales de la ciudad de Cuenca, Ecuador en 2016, el valor más relevante de riesgo de caries fue del 71%; el grupo de pacientes con discapacidad motriz evidenció el menor valor de riesgo de caries con un porcentaje de 57%. En conclusión, se puede decir que el nivel de riesgo de caries es alto en pacientes con necesidades especiales, entre ellas sobresale la discapacidad múltiple.²

En comparación a los pacientes evaluados en Comunidad monseñor Romero Usulután, se encontró que los pacientes menores de 12 años presentan un riesgo cariogénico de 1.40, eso quiere decir que la dentición decidua de estos pacientes presenta un riesgo cariogénico bajo y en cuanto a los pacientes mayores de 12 años se encontró un riesgo cariogénico de 4.06 y esto quiere decir que presentan un riesgo cariogénico moderado.

5. CAPITULO V.

5.1. CONCLUSIONES.

Como resultado de la investigación presentada sobre la prevalencia de enfermedades y hábitos bucodentales en los pacientes con necesidades especiales atendidos se concluye que:

En cuanto al riesgo cariogénico que se evaluó por medio del índice CPO y CEO, aquí se encontró que los pacientes menores de 12 años presentan un riesgo cariogénico de 1.40, eso quiere decir que la dentición decidua de estos pacientes presenta un riesgo cariogénico bajo y en cuanto a los pacientes mayores de 12 presentan un riesgo cariogénico de 4.06 y esto representa un riesgo cariogénico moderado.

Por consiguiente, entre las enfermedades más comunes se pueden observar que hay un alto grado de prevalencia de caries dental en pacientes con autismo que representan el 12.50%, pacientes con parálisis cerebral infantil que fueron del 21.90% y en pacientes con síndrome Down que fue del 21.90%. Se puede observar en la tabla 2, el índice de placa en el cual encontramos que 10 de los pacientes evaluados, que representan el 25% de la muestra, presentan el 100% de las piezas evaluadas con placa bacteriana acumulada. Otra de las patologías bucodentales que se encontró con mayor prevalencia fue la hipersalivación o sialorrea y se encontró que 23 pacientes, quienes representan el 57.5% de la muestra presentan la patología bucodental de la hipersalivación o sialorrea. En conclusión, se puede decir que las enfermedades o patologías bucodentales que encontraron con mayor prevalencia entre los pacientes evaluados fueron la caries dental y la sialorrea.

Mientras que en la figura 14, podemos observar que 18 de los pacientes evaluados, que sería el 45% de la muestra, presentan el hábito de respirar por la boca. En conclusión, se puede decir que el hábito más prevalente encontrado entre estos pacientes fue la respiración bucal.

Así pues, en cuanto a la enfermedad periodontal se encontró que, 10 de los pacientes evaluados, que representan el 25% de la muestra, presentaron óptimas condiciones de salud gingival, mientras que 21 presentaron gingivitis que representan el 52.5% de la

muestra y los 9 pacientes restantes presentaron periodontitis y ellos representan un 22.5%. Entonces, se puede decir que, en conclusión, la enfermedad o condición periodontal que más prevaleció entre los pacientes que evaluados fue la gingivitis.

5.2. RECOMENDACIONES.

Incentivar a los estudiantes de la Universidad Evangélica de El Salvador a realizar investigaciones sobre el tema de atención odontológica a pacientes con necesidades especiales para que este tipo de pacientes y los centros de ayuda como la Comunidad Monseñor Romero se beneficien de este tipo de atención bucal y así poder disminuir el riesgo cariogénico.

Al Ministerio de Salud, que juegue un papel importante realizando un plan de acción, promoción prevención e inclusión en la salud bucal, incorporar estrategias y charlas de educación bucal tanto afuera como adentro de un consultorio en promoción a la salud bucal, siendo conscientes de la necesidad para poder beneficiar a toda la población de la Comunidad Monseñor Romero Usulután, manteniendo un seguimiento de pacientes atendidos.

Concientizar a los padres de familia de la Comunidad Monseñor Romero Usulután, la importancia de mantener buena salud bucal en sus hijos y explicar lo fundamental y conveniente que es el cuidado de los dientes deciduos y la erupción de dientes permanente, el riesgo cariogénico, hábitos bucales y enfermedades y hábitos bucodentales más comunes que los pacientes con este tipo de necesidades especiales puedan presentar.

Incentivar a la población Usuluteca, tanto joven como adulta, con estrategias que promueven el interés y asistencia de estos, para iniciar o continuar con los tratamientos bucales para poder beneficiar a este tipo personas, brindándoles la atención adecuada a cada necesidad que presentan.

Realizar más investigaciones sobre los índices cariogénicos en el país para obtener datos más precisos para la realización de nuevas investigaciones en el futuro.

BIBLIOGRAFÍAS.

1. Heneche, M., Montero, C., Cáceres, A., Luces, O. Prevalencia de caries dental en niños con necesidades especiales. *Ciencia odontológica* [internet]. 2015; 12 (2): 86-94 citado el 5 de febrero. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2052/205244045003.pdf>
2. Vélez-Astudillo, R., Alvear-Córdova, M., Villavicencio-Caparó, E., Martínez-Palacios, C. Riesgo de caries en pacientes con necesidades especiales. *Cuenca Ecuador. Acta Odontología Col.* 2021; 11 (1): 59-70. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/90402>
3. Tan Castañeda, N., Rodríguez Calzadilla, A., Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2001 Dic [citado 2022 Feb 08]; 38 (3): 181-191. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000300006&lng=es.
4. Pérez-Bejarano, N., Ferreira-Gaona, M., Díaz-Reissner, C., Sanabria-Vázquez, D., Torres-Amarilla, C., Acosta-Parra, E. Salud bucal en adolescentes con discapacidad del centro de educación especial San Miguel de Guarambaré, Paraguay. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* [Internet]. 2017 Dic [citado 2022 Feb 07] 29 (1): 51-64. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X
5. Sánchez-Rodríguez, L., Gómez-Porcegué, Y., Salas-González, P., León-Casanova, O., Rodríguez-Betancourt, M. Enfermedades bucales en pacientes especiales menores de 15 años. *Sancti Spíritus.* 2016. *Gac Méd Espirit* [Internet]. 2019 Dic [citado 2022 Feb 08]; 21 (3): 62-68. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212019000300062&lng=es. Epub 03-Dic-2019
6. Gómez-Clemente, V., Martínez-Pérez, E., Gómez-Aguilar, B., Vásquez-Rojo, E., Planells del Pozo, P. 2014. Salud oral en el niño con Síndrome de Down: Protocolo de intervención. *Gaceta Dental*, [en línea] (255), pp.122-135. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4598155>> [Consultado el 16 de febrero de 2022].

7. Serrano, M., Torelles, A., Simancas, Y. Estado de salud bucodental en niños con discapacidad intelectual. Acta Odontológica Venezolana [Internet]. 2011 [citado el 1 de marzo de 2022]; 50 (3). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/3/art-6/#>

8. Guerrero-Del Angel, F., Dávila-Salazar, L., Issasi-Hernández, H., Huitzil-Muñoz, E., Cabrera-Parra, A., Fragoso-Benítez, M. Enfermedad periodontal en pacientes con discapacidad en custodia versus pacientes con discapacidad independientes. Revista de Odontopediatria Latinoamericana [Internet]. 2021 [citado el 2 de marzo de 2022]; 2 (1). Disponible en: <https://doi.org/10.47990/alop.v2i1.71>

9. De Leon, N., Almonte, C. Nivel de higiene oral en pacientes pediátricos con necesidades especiales basados en índices de placa. [Tesis doctoral]. Santo Domingo, Republica Dominicana. Universidad Iberoamericana. 2020. Disponible en: <https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/handle/123456789/278>

10. Muñoz-Cárdenas, D., Abanto-Silva, L., León-Manco, R., Zavaleta-Boza, C. Caries dental en niños con necesidades especiales de un colegio de bajos recursos en el Perú. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2018 Oct [citado 2022 Mar 03]; 28 (4): 229-236. Disponible en: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/reh.v28i4.3426>

11. Wu, J., Cannon, R., Ji, P., Farella, M., Mei, L. Halitosis: prevalence, risk factors, sources, measurement and treatment - a review of the literature. Aust Dent J. 2020 Mar;65(1):4-11. doi: 10.1111/adj.12725. Epub 2019 Nov 15. PMID: 31610030.

12. Bolaños-Romero, R., Castillo-Toruño, J., Sánchez-Zelaya, M. Eficacia de técnicas de rehabilitación oral en niños con parálisis cerebral infantil, que presentan problemas de alimentación atendidos en la comunidad Monseñor Romero, Usulután, año 2017 [Tesis para optar el grado académico de Licenciado en fisioterapia y terapia ocupacional] San Miguel, El Salvador. Universidad De El Salvador. 2017. Disponible en: <http://opac.fmoues.edu.sv/infolib/tesis/50108395.p...>

13. Lara-Rojas, A. Estudio observacional de la prevalencia de caries dental y su relación con el pH salival en niños y adolescentes con discapacidad intelectual del instituto fiscal de educación especial. [Tesis doctoral]. Quito, Ecuador. Universidad Central del Ecuador, Facultad de Odontología. 2016. Disponible en <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7784/1/T-UCE-0015-399.pdf>
14. Ojeda, C., Espinoza, A., Biotti, J. Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral* [Internet]. 2014 Abr [citado 2022 Mar 01]; 7 (1): 37-42. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072014000100009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072014000100009>.
15. Romero-Maroto, M., Romero-Otero, P, Pardo de Miguel, A, Sáez-López, M. Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. *RCOE* [Internet]. 2004 Feb [citado 2022 Mar 02]; 9 (1): 77-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000100006&lng=es.
16. Podadera, Z., Flores, L., Rezk, A. Repercusión de la respiración bucal en el sistema estomatognático en niños de 9 a 12 años. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2013 Ago [citado 2022 Mar 01]; 17 (4): 126-137. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400014&lng=es.
17. Ocampo, A., Johnson, N., Lema, M. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. *Rev. nac. odontol.* [Internet]. 12 de marzo de 2014 [citado 3 de marzo de 2022];00. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/434>
18. Bastidas, M., Ariza, G., Zuliani, L. Reconocimiento del niño con síndrome de Down como sujeto de crianza. *Fac.Rev. Nac. Salud Publica* [Internet]. marzo de 2013 [citado el 3 de marzo de 2022]; 31(1): 102-109. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000100012&lng=en.

19. Cala Hernández, O. Caracterización del Síndrome de Down en la población pediátrica. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2013 Ago [citado 2022 Mar 03]; 17 (4): 33-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400005&lng=es
20. Diaz-Cuellas, S., Yokoyama-Rebollar, E., Del Castillo-Ruiz, V. Genómica del síndrome de Down. Acta Pediátrica de México [Internet]. 2016 Octubre [citado el 3 de marzo de 2022]; 37 (5): 289-296. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000500289
21. Gómez-López, S., Jaimes, V., Palencia, C., Hernández, M., Guerrero, A. Parálisis cerebral infantil. Arch Venez Puer Ped [Internet]. 2013 Mar [citado 2022 Mar 03]; 76(1): 30-39. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492013000100008&lng=es.
22. Rogel-Ortiz, F. Autismo. Gac. Méd. Méx [revista en la Internet]. 2005 Abr [citado 2022 Mar 04]; 141 (2): 143-147. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000200009&lng=es
23. Delgado-Arteaga, A., Reyna-Márquez, M., Murillo-Flores, V., López-González, A., Rodríguez-Paniagua, O., Gómez-Castañón, G., Luengo-Fereira, J., Reyes-Rivas, H. Manejo odontológico en paciente con Síndrome de Down. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet]. 2019 [citado el 4 de marzo de 2022] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2019/art-25/>
24. Tran, K. Salud dental en niños con parálisis cerebral | Hospital Infantil Nicklaus [Internet]. www.nicklauschildrens.org. 2018 [citado el 4 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.nicklauschildrens.org/recursos-para-pacientes/informacion-de-salud/salud-dental-en-ninos-con-paralisis-cerebral#:~:text=Los%20ni%C3%B1os%20con%20CP%20pueden,alineaci%C3%B3n%20anormal%20de%20los%20dientes>).
25. Erazo, N. Salud dental en niños con trastorno del espectro del autismo | Hospital Infantil Nicklaus [Internet]. www.nicklauschildrens.org. 2018 [citado el 4 de marzo de

2022]. Disponible en: <https://www.nicklauschildrens.org/recursos-para-pacientes/informacion-de-salud/salud-dental-en-ninos-con-trastorno-del-espectro-del-autismo>

26. Parades-Martínez, E. Problemas de salud oral en pacientes con parálisis cerebral y estrategias para su tratamiento. *Odontol. Pediatr* [Internet]. 2010 Dic [citado el 4 de marzo de 2022]; 9(2): 163-169. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/lil-605412?src=similardocs>

27. Llorente, O. Manejo de pacientes con TEA en Odontología. La importancia de los hábitos de higiene. *Gaceta Dental* [Internet]. 2014 [citado el 4 de marzo de 2022]; (261):176-201. Disponible en: <https://gacetadental.com/2014/09/manejo-de-pacientes-con-tea-en-odontologia-la-importancia-de-los-habitos-de-higiene-50390/>

28. Ruz-Montes, M., Cañas-Arenas, E., Lugo-Posada, M., Mejía-Carmona, M., Zapata-Arismendy, M., Ortiz-Suárez, L. Cardiopatías congénitas más frecuentes en niños con síndrome de Down. *Rev. Colomb. Cardiol.* [Internet]. febrero de 2017 [citado el 8 de marzo de 2022]; 24 (1): 66-70. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332017000100066&lng=en.

29. El 45% de los niños con síndrome de Down sufre una cardiopatía congénita - Fundación Española del Corazón [Internet]. *Fundaciondelcorazon.com*. [citado el 9 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2355-ninos-sindrome-down-sufre-cardiopatia-congenita-.html>

30. Manejo de las convulsiones en la PCI | Ciencias de la salud de Nestlé [Internet]. <https://www.nestlehealthscience.es>. [citado el 9 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.nestlehealthscience.es/paralisis-cerebral-infantil/diagnostico/manejo-convulsiones>

31. Manzur-Villalobos, I., Díaz-Rengifo, I., Manzur-Villalobos, D., Díaz-Caballero, A. Agrandamiento gingival farmacoinducido: Serie de casos. *Universidad Salud* [Internet]. enero de 2018 [citado el 13 de marzo de 2022]; 20 (1): 89-96. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072018000100089&lng=en.

32. Morales-Chávez, M. Atención odontológica a pacientes especiales: Una realidad creciente. Acta Odontológica Venezolana [Internet]. 2012 [citado 13 marzo 2022]; 50 (1). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/1/art-22/#>

33. Tiol-Carrillo, A., Martínez-Escorsia, A. Manejo de conducta en odontología pediátrica. Rev Dentista y Paciente [Internet]. 2018 [citado el 13 de marzo de 2022]; (116). Disponible en: <https://dentistaypaciente.com/investigacion-clinica-115.html>

34. Iglesias-Corcheró, A., Suárez Quintanilla, J. Patología cardíaca en la clínica dental evaluada con el cuestionario CROMEC (Clasificación del Riesgo Odontológico en Pacientes Medicamente Comprometidos). Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España [Internet]. 2017 [citado 14 marzo 2022]; 22 (1) :23-31. Disponible en: <https://rcoe.es/articulo/19/patologia-cardiaca-en-la-clinica-dental-evaluada-con-el-cuestionario-cromec-clasificacion-del-riesgo-odontologico-en-pacientes-medicamente-comprometidos>

35. Zavala-Cornejo, K., Vinitzky-Brener, I., Ramírez-Bouchan, D, Manejo estomatológico del paciente pediátrico con cardiopatía congénita. Revisión de la literatura. Universidad Odontológica [Internet]. 2011 [citado 14 marzo 2022]; 30 (64): 57-66. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231218581007>

36. Rodríguez-Palacios, J., Martínez-Naranjo, T., Fernández-Ramírez, L., Alfonso-Betancourt, N., Sanabria-Reyes, D. Xerostomía y uso de medicamentos en adultos. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2008 Dic [citado 2022 Mar 18]; 45 (3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072008000300003&lng=es.

37. Veitia-Cabarrocas, F., Montes de Oca-González, A. Agrandamiento gingival medicamentoso en paciente con trasplante renal tratado con ciclosporina A. Medicentro Electrónica [Internet]. 2019 Jun [citado 2022 Mar 18]; 23 (2): 145-150. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432019000200145&lng=es

38. Merino-Morras, E. Profilaxis de la Endocarditis Infecciosa en la Consulta Odontológica. Normas Actuales de la Asociación Americana del Corazón. Acta odontol. Venez [Internet]. 2002 Dic [citado 2022 Mar 19]; 40 (3): 301-304. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652002000300011&lng=es
39. Yarzabal, T., Alzate, I., Mussini, P. Óxido nitroso: uso en odontología. Salud Mil [Internet]. 3 de diciembre de 2018 [citado 18 de marzo de 2022]; 37 (2): 46 -54. Disponible en: <https://revistasaludmilitar.uy/ojs/index.php/Rsm/article/view/6>
40. Argimon, J., Jiménez, J. Métodos de investigación clínica y epidemiológico. 4ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2013.
41. Herrera, D., Figuero, E., Shapira, L., Jin, L., Sanz, M. La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias. Revista Científica de la Sociedad Española Periodoncia [Internet]. 2018 [citado el 29 de marzo de 2022]; 4 (11): 93-110. Disponible en: https://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/10/p11ok.pdf
42. López-Rivadeneira, C. Tesis [Internet]. 2016-05 [citado el 18 de Julio de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/19401>

ANEXOS.

Anexo 1: Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“PREVALENCIA DE ENFERMEDADES Y HABITOS BUCODENTALES EN LOS PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES DE LA COMUNIDAD MONSEÑOR ROMERO USULUTÁN, AÑO 2022”

Se desarrollará un estudio de investigación clínico descriptivo, donde se analizará la prevalencia de enfermedades y hábitos bucodentales en los pacientes con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután, año 2022

1. Los fines de esta investigación es comprobar los resultados y confirmar de esta manera los hábitos orales más comunes y las patologías orales más prevalentes en pacientes con necesidades especiales.
2. Todos los datos recopilados estarán resguardados por los operadores de este estudio al que solo los investigadores tendrían acceso.
3. Usted no recibirá ningún tipo de remuneración económica por participar en este estudio de investigación.
4. Los Investigadores responsables tendrán la obligación de proporcionar la información de su tratamiento y procedimiento en cualquier momento que usted lo solicite.
5. Cualquier duda o queja puede comunicarse con el equipo investigador o con el presidente del comité de ética para la investigación en turno al teléfono 70585621

Consentimiento informado para ceder datos y muestras para protocolo de investigación en la comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022.

Datos del paciente o responsable.

Nombre: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

DUI: _____

Teléfono: _____

Datos del paciente si es menor de Edad

Nombre: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

1. Se me ha explicado la información y objetivo de la investigación, comprendiendo que mi caso ayudará a despejar dudas académicas y será utilizado con fines educativos para mejorar la formación continua de nuevos profesionales del área odontológica.

2. El Investigador responsable, se ha comprometido a darme información oportuna, sobre el procedimiento, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del tratamiento que se llevará a cabo.

3. El Investigador Responsable me ha dado garantía que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven los datos relacionados con mi privacidad y serán manejados en forma confidencial.

4. El Investigador responsable se ha comprometido a proporcionarme los resultados obtenidos de la investigación referente a mi caso.

5. No recibiré ningún tipo de remuneración económica por participar en dicho estudio de investigación odontológica.

Firma del paciente o responsable: _____

Firma del investigador: _____

Fecha de aceptación: ____/____/____

Anexo 2: Ficha Odontológica.

FICHA ODONTOLOGICA

“PREVALENCIA DE ENFERMEDADES Y HABITOS BUCODENTALES EN NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE LA COMUNIDAD MONSEÑOR ROMERO USULUTÁN AÑO 2022”

Objetivo de la investigación: Determinar la prevalencia de enfermedades y hábitos bucodentales en los pacientes con necesidades especiales en la comunidad Monseñor Romero, Usulután año 2022.

Datos generales del paciente.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: F: ____ M: ____

Dirección: _____

Diagnostico medico: _____

Médico Particular: _____

Medicamentos: _____

Persona responsable: _____

Historia odontológica.

Ha visitado alguna vez al Odontólogo: Si: ____ No: ____

Limpia la boca a su hijo/a: Si ____ No: ____ ¿Cuántas veces al día? _____

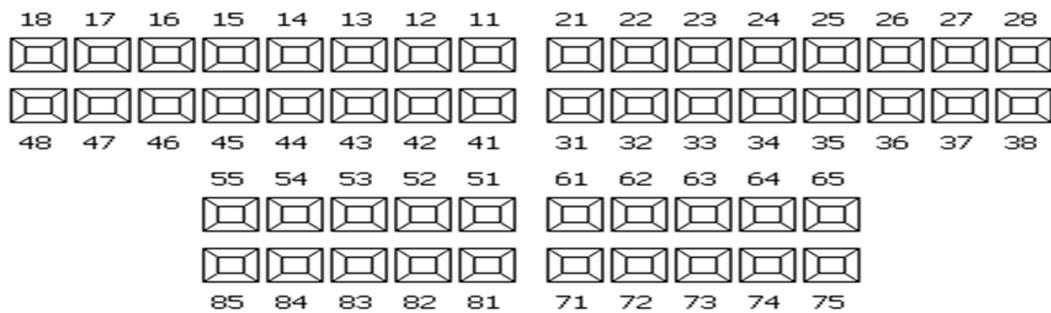
Usa cepillo dental: Si: ____ No: ____ usa pasta dental: Si: ____ No: ____

Colabora al momento de su higiene bucal: Si: ____ No: ____

Índice de placa bacteriana simplificado (se evaluarán 6 piezas dentales y 4 superficies)

Pieza dental.	1-6	1-1	2-6	3-6	3-1	4-6
Superficie teñida.						

Odontograma.



Índice CPO: _____

Índice CEO: _____

Enfermedades bucales más comunes en personas con necesidades especiales

Patología	Presencia	Ausencia	Localización
Caries			
Enfermedad periodontal			
Xerostomía			
Maloclusión			
Traumatismos dentales			
Problemas de deglución			
Bruxismo			
Incontinencia labial			
Sialorrea			
Otros			

Hábitos orales en personas con necesidades especiales

Mordedura de uñas

Succión digital

Respirador bucal

Protrusión lingual

Mordedura de objetos

Observaciones:

Anexo 3: Validación del instrumento.

**UNIVERSIDAD EVANGELICA DE EL SALVADOR**
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Estimado Validador:

Me es grato dirigirme a usted, a fin de solicitar su apreciable colaboración como experto en el área para validar el instrumento de recolección de datos el cual tiene como finalidad recoger información para la investigación titulada: **“Prevalencia de enfermedades orales en niños con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022”**

Esto con el objeto de presentarla como requisito de validación de mi instrumento de investigación científica. Para efectuar la validación, Usted deberá observar dicho instrumento cuidadosamente al final otorgar una calificación con base en la tabla que se presenta al final. Por otra parte, se le agradece cualquier sugerencia de redacción, contenido, pertinencia y congruencia u otro aspecto que considere relevante.

Gracias por su aporte

FICHA ODONTOLOGICA

Prevalencia de enfermedades orales en niños con necesidades especiales de la comunidad
Monseñor Romero Usulután, año 2022
Comunidad Monseñor Romero Usulután

DATOS DEL PACIENTE.

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____ EDAD: _____ SEXO: F M
Dirección: _____
DX MÉDICO: _____
Médico Particular: _____
Medicamentos: _____

Persona responsable: _____

HISTORIA ODONTOLOGICA

A visitado alguna vez al Odontólogo SI NO

Limpia la boca a su hijo/a: SI NO ¿Cuántas veces al día? _____

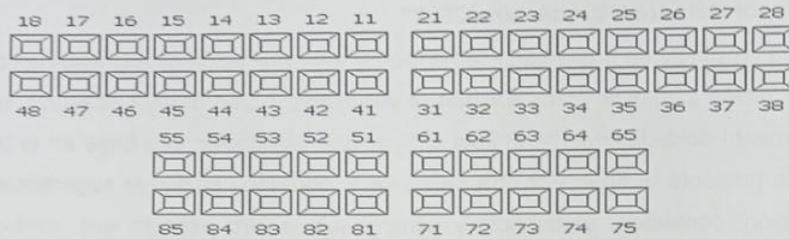
Usa pasta dental: SI NO Cepillo dental: SI NO

Colabora al momento de su higiene bucal: SI NO

Índice de placa bacteriana simplificada (se evaluarán 6 piezas dentales y 4 superficies)

Superficie Tenida	Pieza 16	Pieza 11	Pieza 26	Pieza 36	Pieza 31	Pieza 46

ODONTOGRAMA



Índice CPO: _____

Índice CEO: _____

Enfermedades bucales más comunes en personas con necesidades especiales

Patología	Presencia	Ausencia	Localización
caries			
Enfermedad periodontal			
Xerostomía			
Maloclusión			
Traumatismos dentales			
Problemas de deglución			
Bruxismo			
Incontinencia labial			
Sialorrea			
Otros			

Hábitos orales en personas con necesidades especiales

- Mordedura de uñas Succión digital
 Respirador bucal Protrusión lingual

Observaciones: Agregar en Hábitos Orales el ítem de Mordedura de Objetos.

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

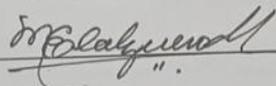
Yo, María Eugenia Salguero de Herrera, portadora del documento único de identidad N° 00335743-0, de profesión _____, ejerciendo actualmente en la Institución/Clinica Facultad de Odontología, Universidad Evangélica de El Salvador.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del instrumento, a los efectos de su aplicación en el trabajo de investigación titulado: _____

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones

CATEGORIA	INTERVALO
DESAPROBADO <input type="checkbox"/>	0-3
OBSERVADO <input type="checkbox"/>	4-7
APROBADO <input checked="" type="checkbox"/>	8-10

En San Salvador, a los 31 días del mes de Marzo del 2021

Firma y sello: 

Dra. María Eugenia Salguero de Herrera
DOCTORA EN CIRUGÍA DENTAL
J.V.P.O. No. 575



UNIVERSIDAD EVANGELICA DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Estimado Validador:

Me es grato dirigirme a usted, a fin de solicitar su apreciable colaboración como experto en el área para validar el instrumento de recolección de datos el cual tiene como finalidad recoger información para la investigación titulada: **“Prevalencia de enfermedades orales en niños con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022”**

Esto con el objeto de presentarla como requisito de validación de mi instrumento de investigación científica. Para efectuar la validación, Usted deberá observar dicho instrumento cuidadosamente al final otorgar una calificación con base en la tabla que se presenta al final. Por otra parte, se le agradece cualquier sugerencia de redacción, contenido, pertinencia y congruencia u otro aspecto que considere relevante.

Gracias por su aporte

FICHA ODONTOLOGICA

Prevalencia de enfermedades orales en niños con necesidades especiales de la comunidad
Monseñor Romero Usulután, año 2022
Comunidad Monseñor Romero Usulután

DATOS DEL PACIENTE.

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____ EDAD: _____ SEXO: F M
Dirección: _____
DX MÉDICO: _____
Médico Particular: _____
Medicamentos: _____

Persona responsable: _____

HISTORIA ODONTOLOGICA

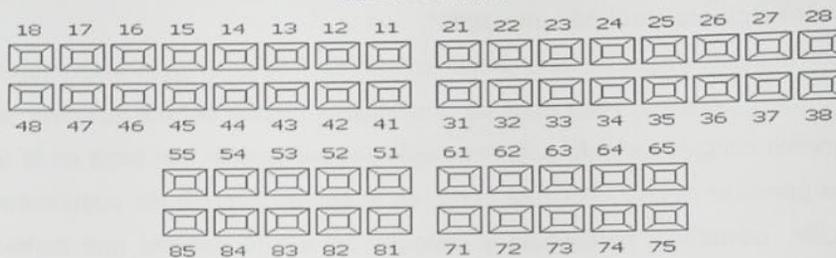
A visitado alguna vez al Odontólogo SI NO
Limpia la boca a su hijo/a: SI NO ¿Cuántas veces al día? _____
Usa pasta dental: SI NO Cepillo dental: SI NO

Colabora al momento de su higiene bucal: SI NO

Índice de placa bacteriana simplificada (se evaluarán 6 piezas dentales y 4 superficies)

Superficie Teñida	Pieza 16	Pieza 11	Pieza 26	Pieza 36	Pieza 31	Pieza 46

ODONTOGRAMA



Índice CPO: _____

Índice CEO: _____

Enfermedades bucales más comunes en personas con necesidades especiales

Patología	Presencia	Ausencia	Localización
caries			
Enfermedad periodontal			
Xerostomía			
Maloclusión			
Traumatismos dentales			
Problemas de deglución			
Bruxismo			
Incontinencia labial			
Sialorrea			
Otros			

Hábitos orales en personas con necesidades especiales

Mordedura de uñas Succión digital
 Respirador bucal Protrusión lingual

Observaciones: _____

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Ada Maritza Menjivar Dubón, portadora del documento único de identidad N° 00785624-0, de profesión Odontóloga, ejerciendo actualmente en la Institución/Clinica Universidad Evangelica de El Salvador

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del instrumento, a los efectos de su aplicación en el trabajo de investigación titulado:

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones

CATEGORIA	INTERVALO
DESAPROBADO <input type="checkbox"/>	0-3
OBSERVADO <input type="checkbox"/>	4-7
APROBADO <input checked="" type="checkbox"/>	8-10

En San Salvador, a los 31 días del mes de marzo del 2021

Firma y sello: 

Dra. Ada Maritza Menjivar Dubón
DOCTORA EN CIRUGÍA DENTAL
J.V.P.O. No. 887

Anexo 5: Presupuesto.

Rubro	Descripción	Responsable	Aporte
1. Transporte Combustible	Gasolina 40 galones \$4.50 por galón = \$180	Equipo investigador	-
Total	\$180		
2. Materiales y Suministros			
Insumos de Oficina Bioseguridad	Lápices y lapiceros 12 \$0.12 c/u = \$1.44	Equipo investigador	-
Fotocopias e impresiones	Fotocopias de fichas 100 \$0.05 = \$5 Impresiones \$2.60 c/trabajo*5 = \$13 Anillado = \$1 c/u *5 =\$5 CD = \$1.50 c/u *2 = \$3	Equipo investigador	-
Otros (especificar)	Campos operatorios \$0.20 *100 = \$20 Kits de diagnostico \$6.00*10= \$60	Equipo investigador	-
Total:	\$102.44		
3. Procesamiento de datos o información			

Computadoras	3 computadoras de depreciación del equipo \$600.00	Equipo investigador	-
Total	\$600.00		
Sub Total Presupuestado	\$882.44 + 10% de imprevistos + \$1300.00 en honorarios del equipo investigador y asesor de la investigación.		
Total Presupuestado	\$2270.68		

Anexo 6: Carta de aprobación del comité de ética.

CEIS

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR
VICE RECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL
COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Acta de Evaluación de Protocolo de Investigación

ACTA N° 285

En San Salvador, a los 31 días del mes de mayo del 2022, el Comité de Ética para la investigación en Salud de la Universidad Evangélica de El Salvador (CEIS-UEES), con asistencia de sus miembros permanentes: Dr. Hurtado y Dra. Brenda Alfaro, han escuchado la solicitud y revisado los documentos presentado por Katherine Alicia Barrera Osegueda, Leonard David Mendoza Lazo.

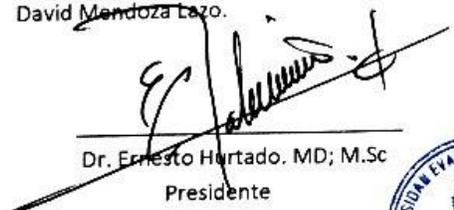
1. Protocolo: **“Prevalencia de enfermedades y hábitos bucodentales en los pacientes con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022”**
2. Formulario de consentimiento informado: **“Prevalencia de enfermedades y hábitos bucodentales en los pacientes con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022”**
3. El currículum Vitae de Katherine Alicia Barrera Osegueda, Leonard David Mendoza Lazo.

Después de revisar los documentos anteriores, los miembros del Comité declararon:

- El diseño se ajusta a las normas éticas de Investigación.
- La razón beneficio social fue estimada aceptable.
- No tener conflicto de Interés.
- El antecedente curricular de los investigadores, garantiza la ejecución de la investigación dentro de los marcos éticamente aceptables.

En consecuencia, el Comité de Ética para la investigación en salud de la UEES por mayoría de sus miembros dictamina: **Aprobado** el estudio Protocolo **“Prevalencia de enfermedades y hábitos bucodentales en los pacientes con necesidades especiales de la comunidad Monseñor Romero Usulután año 2022”**

Dicho estudio se da por **aprobado** y se llevará a cabo por Katherine Alicia Barrera Osegueda, Leonard David Mendoza Lazo.


Dr. Ernesto Hurtado. MD; M.Sc
Presidente


Dra. Brenda Alfaro. OD; M.Sc
Secretaria



C/C.

- Investigador Principal.
- Institución.
- Secretaría C.E.I.