

7.0 107
1805
2-3

TOCa
0114

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA NO INVASIVA EN
ODONTOLOGÍA EN NIÑOS CON RETARDO MENTAL



CRISTIAN ARBELAEZ J.
VICTORIA E. PARRA M.
CARLOS RODRÍGUEZ
CRISTIAN ARLEY SANTIAGO

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y SALUD PÚBLICA
SANTIAGO DE CALI

2003-I

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA NO INVASIVA EN
ODONTOLOGÍA EN NIÑOS CON RETARDO MENTAL

CRISTIAN ARBELAEZ J.

VICTORIA E. PARRA M.

CARLOS RODRÍGUEZ

CRISTIAN ARLEY SANTIAGO

Asesora Científica

Dra. Dominique Gómez, odontopediatra

Asesora Metodológica

Dra. Blanca Acosta, MD, MSP

Trabajo escrito para la asignatura
Proyecto de Investigación
Semestre X

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y SALUD PÚBLICA

SANTIAGO DE CALI

2003-I

NOTA DE ACEPTACIÓN

Aprobado por comité de trabajos de grado en cumplimiento de los requisitos exigido por el Colegio universitario colombiano, para otorgar el título de odontólogo (a)

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Santiago de Cali, Junio 2003

DEDICATORIA

Damos gracias a DIOS por brindarnos sabiduría y
fortaleza para la elaboración de esta tesis.

A nuestros padres por el apoyo constante, y por
ayudarnos hacer realidad nuestros sueños.

A nuestros educadores por la enseñanza
brindada.

A nuestros amigos y compañeros por darnos
ánimo.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. DOMINIQUE GÓMEZ por compartir con nosotros sus conocimientos, experiencias y tiempo, transmitiéndonos enseñanzas para nuestro futuro.

Al Comité de Investigación en especial a la Dra. BLANCA ACOSTA por brindarnos asesoría oportuna y llevarnos a la realización de esta tesis.

A la Escuela Carlos Arturo Rodríguez No. 100 de la ciudad de Palmira, por brindarnos el soporte técnico de sus instalaciones para la elaboración de esta tesis.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2 JUSTIFICACIÓN	16
1.3 OBJETIVOS	16
1.3.1 Objetivo general	16
1.3.2 Objetivos específicos	16
2. MARCO TEÓRICO	18
3. DISEÑO METODOLÓGICO	34
3.1 HIPÓTESIS	34
3.2 TIPO DE ESTUDIO	34
3.3 UNIVERSO	34
3.4 POBLACIÓN	34
3.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA	34
3.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN	35
3.6.1 Criterios de inclusión	35
3.6.2 Criterios de exclusión	35
3.6.3 Diseño de retiro	35
3.7 VARIABLES	35
3.8 FORMULARIOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36
3.8.1 Instructivo	36
3.9 PRUEBA PILOTO	38

3.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
3.10.1 Consentimiento informado	40
3.11 RECURSOS	42
3.11.1 Recursos humanos	42
3.11.2 Recursos físicos	42
3.11.3 Recursos financieros	43
3.12 CRONOGRAMA	44
4. RESULTADOS	46
5. CONCLUSIONES	51
6. DISCUSIÓN	52
7. RECOMENDACIONES	53
BIBLIOGRAFÍA	55
ANEXOS	58

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Distribución del índice de placa blanda por edad en controles 1 y 2	48
Gráfico 2. Distribución del índice de placa por edad y género en controles 1 y 2	48

GLOSARIO

CARIES: es un proceso o enfermedad dinámica crónica que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos, debido al desequilibrio entre las sustancias dental y el fluido de la placa bacteriana da como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental.

CEPILLO DENTAL: instrumento mecánico y eléctricos utilizadas para la remoción de placa bacteriana.

DENTÍFRICOS: se han utilizado para contribuir a la limpieza de dientes, avance tecnológicos han hecho que se incluyan en ellos sustancias terapéuticas para dientes y encías.

DISCAPACIDAD: es toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma y dentro del margen que se considera normal para un ser humano en su contexto social.

Refleja las consecuencias de las deficiencias en el rendimiento funcional de la actividad cotidiana de la persona: en la ejecución de las tareas, aptitudes y conductas.

Puede ser transitoria o definitiva, reversible o irreversible, progresiva o regresiva.

ENFERMEDAD: proceso patológico que se origina por la migración de bacterias a los tejidos de sostén al diente. A partir de la placa bacteriana y caries.

ENJUAGUES: liquido que sirve para realizar enjuagues, tienen la misma composición que los dentífricos pero no llevan abrasivos.

FLORUROS: tiene una actividad protectora, frente a la caries dental inhibe la desmineralización y aumenta la remineralización.

GELES: no contiene abrasiva, tiene una acción terapéutica mayor que los dentífricos se aplica antes de dormir.

INDICE DE PLACA BACTERIANA: es el medio por el cual se evalúa el grosor de la placa en el margen gingival de los dientes.

PLACA BACTERIANA: es una agregación de bacterias, estructurada y densa, en una matriz compleja que consta en parte de polisacáridos extracelulares y otros productos quimiotácticos. Esta compuesta el 75% de bacterias y 25% compuesta por células epiteliales, leucocitos y macrófagos.

REVELADOR DE PLACA BACTERIANA: es una sustancia química no tóxica utilizada para realizar una tinción sobre la placa bacteriana la cual nos permite identificarla y evaluarla.

RETARDO MENTAL: se define como el funcionamiento intelectual general notablemente inferior al promedio que existe junto con la deficiencia de adaptación y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo.

RESUMEN

Se realizó un programa de prevención en la Escuela Carlos Arturo Rodríguez #100 de la ciudad de Palmira, con el propósito de lograr un programa de atención primaria no invasivo en odontología que permitiera establecer medidas eficaces de prevención como el control de placa bacteriana, mediante técnica de cepillado y educación en higiene que garantice una buena salud oral y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Fue un estudio descriptivo, no probabilístico, donde se observaron 50 pacientes con retardo mental, entre los 9 y 34 años de edad. Se efectuó una encuesta y se dictaron conversatorios informales a los padres de familia y acudientes sobre cuidados en la higiene oral. Previo al inicio del estudio se obtuvo el consentimiento informado de los padres de familia. Inicialmente a los niños se les tomó un índice de placa bacteriana, se realizó una práctica de cepillado dental, observando el tipo de técnicas empleadas. Luego durante 4 semanas consecutivas se dictaron charlas de educación en salud y se establecieron técnicas de cepillado individual, después del primer control de placa se realizaron otros dos, uno al mes y otro al mes y medio. Para la recolección de los datos se utilizó sustancia reveladora, espejo intraoral No. 5 y para la sección educativa se utilizaron ayudas didácticas. La información arrojada por la encuesta determina que los padres y educadores no tienen conocimiento claro sobre la prevención en odontología en pacientes con retardo mental. La técnica de cepillado que fue aceptada con mayor frecuencia fue la horizontal (caras palatina, vestibular lingual) y rotacional (caras oclusales). Se observó que hubo una disminución significativa en el Índice de Placa Bacteriana después de transcurrido las 4 semanas de entrenamiento en higiene oral y cepillado. La prueba de significancia realizada es menor en el segundo índice (prueba de significancia del 1º índice comparado con el 2º) se obtuvo una disminución significativa del 1%. Se encontró un desconocimiento por parte de los padres y educadores acerca de la higiene oral, al implantar una técnica de cepillado que se adaptara a sus condiciones neuropsicológicas, debido a esto se logró una disminución en el índice de placa bacteriana.

INTRODUCCION

Paciente discapacitado es aquel individuo que presenta una restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma y dentro del margen que se considera normal para un ser humano en su contexto social. Refleja las consecuencias de las deficiencias en el rendimiento funcional de la actividad cotidiana de la persona: en la ejecución de tareas, aptitudes y conductas. (Plan Nacional de Atención a las personas Discapacitadas, Andrés Pastrana Arango, 1999- 2002).

Algunas condiciones discapacitantes se asocian con: manifestaciones somáticas, de la misma entidad tales como: bruxismo, maloclusiones, sialorrea, gingivitis, caries, etc., que se agravan por el tipo de dieta generalmente cariogénica y la dificultad para realizar una adecuada higiene oral.

Según Storhaug y colaboradores (1994), las discapacidades se clasifican en: neuro-psicológicas (retraso mental, parálisis cerebral, síndrome convulsivo, disfunción cerebral mínima, autismo infantil), sensoriales (invidentes, sordos), y físicas.

En este estudio se evaluó a pacientes con retraso mental, el cual, es definido por La Asociación Americana para la Deficiencia Mental (A.A.M.D.) como el funcionamiento intelectual notablemente inferior al promedio que existe junto con deficiencias de adaptación y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo.

El grado de retraso mental se clasifica según el coeficiente intelectual. Los niños con retraso mental profundo por lo general no podrán ser entrenados y requieren supervisión constante,

pueden permanecer callados o emitir sonidos, no pueden aprender las habilidades mínimas para atenderse a si mismos.

En el grado moderado, se encuentran niños que pueden aprender a leer, escribir y algo de aritmética, adquieren una independencia parcial pero no se espera que la alcancen en la edad adulta. Pueden comunicarse, tienen un desarrollo motor irregular y generalmente necesitan supervisión moderada.

Los pacientes con retraso mental leve o educable pueden desarrollar habilidades sociales y de educación durante el periodo pre-escolar (0-5 años). Tiene un retraso mínimo de las áreas sensoriomotoras y muchas veces solo se diferencian de los niños normales en edades avanzadas, se puede esperar que en la vida adulta logren una independencia mínima. (Hernández G.A., Bonilla A., Torres M.; Guías de manejo en estomatología pediátrica; Universidad Nacional de Colombia, 1998).

Teniendo en cuenta que los pacientes con retraso mental presentan una disminución en la capacidad de autocuidado, que afecta de manera directa su salud oral. El propósito de este estudio fue aplicar un programa de atención primaria no invasiva en odontología que permitiera establecer medidas eficaces de prevención como el control de placa bacteriana, mediante técnica de cepillado y educación en higiene oral, que garantice una buena salud oral y mejore la calidad de vida de estos pacientes.

Se puede entender la importancia de la placa bacteriana como factor de riesgo indispensable en el desarrollo de la caries dental y su relación con la enfermedad periodontal, por lo tanto, la remoción mecánica de esta, por medio del cepillado es la primera línea de defensa que se tiene para evitar la progresión de la enfermedad. Sin embargo, para remover de forma efectiva la placa bacteriana son necesarias dos cosas: la destreza y la motivación.

Es importante motivar al niño y a sus padres para que la prevención sea una forma de vida. Para tal fin, se debe entrenar a los padres o tutores en realizar y controlar la higiene oral en el hogar, proporcionándoles el conocimiento para desarrollar esta tarea, indicando las modificaciones que puedan requerir en el manejo del cepillo y recomendando que tipo de implementos auxiliares puedan utilizar. La enseñanza en el cepillado dental debe basarse en medidas individualizadas, de acuerdo con las necesidades específicas.

Lo mas importante del cepillado dental, es lograr la remoción de la placa bacteriana. Existen varias técnicas de cepillado, numerosos tipos de cepillos dentales, cremas dentales con diferentes componentes, ayudas de higiene de varios tipos, los cuales son apropiados, mientras logren, de acuerdo con las necesidades individuales, suprimir la placa bacteriana.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Implementación de un programa de atención primaria no invasiva en odontología en niños con retardo mental.

PREGUNTA DE ESTUDIO

¿Cómo contribuir al paciente con retardo mental para mejorar la higiene oral?.

IDENTIFICAR EL PROBLEMA

Mala higiene oral en niños retardo mental en la Institución Carlos Arturo Rodríguez No. 100 de la ciudad de Palmira, de acuerdo a su discapacidad de autocuidado, destreza y motricidad, que determinan el nivel de retardo mental del paciente.

PARA QUE SIRVEN LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO

Para prevenir el desarrollo y complicaciones de enfermedades en la cavidad oral (caries, enfermedad periodontal.)

1.2 JUSTIFICACION

El propósito de este estudio es aplicar un programa de atención primaria no invasiva en odontología que permitiera establecer medidas eficaces de prevención como el control de placa bacteriana, mediante técnica de cepillado y educación de higiene oral, que garantice una buena salud oral y mejore la calidad de vida de estos pacientes.

En la Institución Carlos Arturo Rodríguez No. 100, de la ciudad de Palmira, dedicada a la atención de niños con retardo mental no se lleva un programa de atención primaria en odontología.

Este estudio analizara los conocimientos que tienen los padres y educadores de los niños que asisten a la Institución Carlos Arturo Rodríguez No. 100.

Este trabajo también permitirá a los estudiante de odontología tener una información mas detallada de atención primaria no invasiva en odontología en pacientes con retardo mental debido a la poca información que se suministra en el currículo académico de odontología.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Implantar un programa de atención primaria no invasiva en odontología para niños con retardo mental, en el Centro Educativo Especial # 100, Carlos Arturo Rodríguez, en la ciudad de Palmira.

1.3.2 Objetivos específicos

1.3.2.1 Establecer programas preventivos de acuerdo al grado de retardo mental.

1.3.2.2 Implementar los programas para el desarrollo de terapias preventivas en higiene oral en pacientes con retardo mental, dirigido a educadores y familiares.

1.3.2.3 Evaluar la eficiencia y eficacia de la terapia preventiva en la comunidad del niño con retardo mental.

1.3.2.4 Ofrecer atención odontológica primaria directa a los pacientes con retardo mental que asisten a la Institución Carlos Arturo Rodríguez No. 100 de la ciudad de Palmira.

2. MARCO TEORICO

La Asociación Americana para la Deficiencia Mental (A.A.M.D) define el retardo mental como el funcionamiento intelectual general notablemente inferior al promedio que existe junto con deficiencias de adaptación y que se manifiestan durante el periodo de desarrollo¹.

El retardo mental es un síndrome porque representa una cantidad de signos del comportamiento secundarios a muchas causas diferentes. Los dos síntomas que definen el retardo mental son la alteración significativa de la inteligencia determinada por una prueba de coeficiente intelectual (CI) y la incapacidad para adaptarse a las expectativas del ambiente, que en los niños pequeños es principalmente la escuela.

El punto arbitrario de demarcación entre el retardado y el no retardado se ha establecido a 2 desviaciones estándar de la medida o un CI de 75%. El coeficiente de inteligencia o CI, es la relación existente entre la edad mental y la edad cronológica, multiplicada por 100. Casi el 3% de cualquier población "normal" se encuentra a 2 desviaciones estándar por debajo de la media en cualquier prueba de "inteligencia."

Las pruebas del CI tienden a definir áreas de debilidad en el desempeño y con frecuencia no consideran otras de gran fuerza. Miden varias funciones cerebrales, como la memoria auditiva, la capacidad visual-espacial, y el lenguaje expresivo y receptivo.

Las limitaciones del CI como criterio para diagnosticar el retraso mental han dado lugar al desarrollo de las escalas que valoran la capacidad de adaptación a las exigencias ambientales y sociales. Por ejemplo, se puede mediar la adaptación del niño valorando su capacidad para cuidar

de sí mismo (al vestirse, alimentarse) en comparación con otros niños de su misma edad cronológica. Se puede valorar la capacidad social, así como la capacidad para adaptarse a las exigencias educativas generales en un colegio normal.

Las cifras sobre la incidencia del retraso mental varían según las edades, debido fundamentalmente a la necesidad de adaptarse a unas circunstancias ambientales cambiantes. El número de niños diagnosticados de "retrasados" aumenta durante el periodo escolar, ya que en esos momentos se establecen las comparaciones entre muchos niños de la misma edad. La incidencia disminuye al final de la adolescencia, cuando las exigencias escolares ya no son un obstáculo para la adecuación funcional.

Muchos adultos jóvenes con un leve retraso mental se adaptan de forma satisfactoria a la vida en comunidad, tanto profesional como socialmente. Se estima que el 30-70% de los adultos con un CI de 60-80 se adaptan adecuadamente a la vida en comunidad sin la ayuda de instituciones sanitarias, sociales o asistenciales.

NIVELES DE RETRASO MENTAL

LEVE: (CI 52-67) La mayoría de las personas con retardo mental caen dentro de la gama de retardo superficial, donde los niños en los primeros años de vida son normales, aprenden a comunicarse y al cuidado de sí mismo. Este tipo de retardo mental se hace evidente en años posteriores donde se observan las deficiencias intelectuales como son falta de atención, memoria, a corto y largo plazo, pensamientos abstractos a la sociedad y puede de algún tipo de actividad independiente. Es de importancia el apoyo de la edad adulta cuando se encuentra bajo de tensión social y económica.

MODERADO: (CI 36-51) Se reconoce en los primeros años de vida. Tiene como progreso a nivel educativo , a nivel de escuela. El desarrollo mental de estos individuos rara vez excede aquel de un niño normal de cuatro a siete años. Con una supervisión adecuada, los retrasados mentales de este tipo son capaces de auto sostenerse. No tienen una actitud consciente de normas sociales y les cuesta trabajo satisfacer sus necesidades y algunos pueden desarrollar habilidades físicas. Necesitan de supervisión casi toda su vida. Algunos en época adulta pueden vivir en la comunidad y trabajar.

SEVERO: (CI 20-35) Son mentalmente detenidos, algunos pueden desarrollar habilidades del cuidados de si mismo y pueden aprender a hablar en la época de la niñez. Deben ser vigilados por su seguridad.

PROFUNDO: (CI Inf a 20) Deben tener un cuidado especial, la capacidad intelectual es profundamente detenida. La mayoría son incapaz de desarrollar algunas habilidades y requieren vigilancia permanente. También pueden ser conocidos como: Intermitentes, limitados, extensos y penetrantes.^{2,3,4,5,6,7.}

La atención primaria en odontología se refiere a la prevención de enfermedades orales antes de su inicio constituye la mejor forma de garantizar una buena salud dental en cualquier persona. Los programan de odontología preventiva son importante para niños discapacitados, debido a los factores predisponentes que hacen que la asistencia dental restauradora sea mas difícil en los casos que la necesitan. El odontólogo debe darse cuenta de la necesidad del paciente, asumir la responsabilidad de la elaboración de un programa individual y comunicar de forma adecuada a los padres y a el mismo la forma que se debe llevar a cabo dicho programa. Debido a que es esencial la percepción clara de la situación por parte de cualquier persona implicada en el caso, adquiere un carácter vital la comunicación entre estas personas.

OBJETIVOS DE LA PREVENCIÓN

Considerar al paciente como un ser humano integrado a su medio ambiente; y no simplemente como a un conjunto de tejidos de órganos.

Diseñar un programa de prevención de acuerdo con las necesidades de cada paciente, siempre teniendo en cuenta sus condiciones físicas, emocionales y ambientales en relación con su familia y con su comunidad.

Informar, instruir, motivar en salud oral antes que diseñar y describir la acción preventiva (cepillado, uso de hilo dental, enjuagatorios) a ejecutar.

Detener el progreso de la enfermedad en la etapa mas temprana posible, antes de la aparición de la sintomatología inicial.

Restaurar tan pronto como sea posible, el daño o deterioro causado por la enfermedad.

Los programas preventivos pueden ser:

- Profilácticos; empiezan con el individuo sano y debe garantizar condiciones optimas de salud durante toda la vida del individuo.
- Control; detiene y abate la enfermedad en el individuo enfermo, el que ha traspasado en el horizonte clínico de la enfermedad el periodo de adaptación.
- Sustentación; fase de mantenimiento que garantiza y evita la recurrencia de la enfermedad.

Las técnica de cepillado mas conocidas son:

1. **TECNICA DE STILLMAN MODIFICADO** : Se puede emplear un cepillo blando o mediano, de varios penachos. Se debe colocar el cepillo con los extremos de las cerdas descansando de manera parcial en la porción cervical de los dientes y parcialmente en la encía contigua, apuntando en dirección apical en un ángulo oblicuo con el eje longitudinal de los dientes. Se aplica presión lateralmente contra el margen gingival debe producir isquemia perceptible. Se activa el cepillo con 20 movimientos cortos de atrás hacia delante y se mueve al mismo tiempo coronalmente a lo largo de la encía insertada el margen gingival y la superficie dentaria.
2. **TECNICA DE CHARTES**: Se coloca un cepillo blando o mediano, de penachos múltiples sobre el diente con las cerdas apuntando hacia la corona en un ángulo de 45 grados con el eje longitudinal de los dientes, se flexionan los costados de las cerdas contra la encía y se usa el movimiento vibratorio de atrás hacia delante a fin de dar masaje a la encía. Las puntas de las cerdas no deben desplazarse a través de la encía. Para tener acceso a las superficies oclusales se colocan los extremos de las cerdas en la fosetas y fisura, y se activa el cepillo con movimientos cortos de atrás hacia delante.
3. **TECNICA DE BASS**: La cabeza de un cepillo suave se coloca paralela al plano oclusa, con la cabeza del cepillo cubriendo tres dientes, se empieza en el diente mas distal en la arcada. Se ponen las cerdas en el margen gingival, estableciendo un ángulo de 45 grados con el eje longitudinal de los dientes, se aplica presión vibrátil leve, usando movimientos cortos de adelante hacia atrás sin desalojar las puntas de las cerdas, esta técnica esta indicada par pacientes sistémicos con afección periodontal o sin ella.¹²

PLACA BACTERIANA

Bio-masa, zooglea, término que indica su composición microbiana y característica pegajosa, o placa dental. Son algunos de los términos utilizados para identificar el depósito de microorganismos firmemente adheridos a la superficie dental o asociado con las estructuras de soporte, organizados bioquímicamente activos, o de apariencia nodular y coloración blanquizca o amarillenta, de espesor y variables, hasta de varias micras, organización, firme adherencia y actividad metabólica son las características principales de la placa bacteriana, de acuerdo a su ubicación en la superficie dental y su estructura de soporte, se clasifican en placa supragingival y subgingival.

A partir de la placa bacteriana se forman las principales patologías de la cavidad oral que son la caries y la enfermedad periodontal.

CONTROL MECANICO DE LA PLACA

El control mecánico de la placa bacteriana es la base para prevenir los problemas de salud bucal, el cepillo y una buena técnica de cepillado es la primera línea de defensa.

Para remover de forma efectiva la placa bacteriana son necesarios dos cosas:

Destreza y motivación. Para los pacientes con alguna alteración anatómica o afección para su destreza al cepillado, se modifica el mango del cepillo para que lo pueda manipular correctamente.

La eliminación de la placa bacteriana se realiza en 2 niveles domiciliario y clínico.

Los cepillos dentales actúan sobre las piezas dentales ya sea por acción manual o eléctrica, ya que el cepillo dental es el medio más eficaz, sencillo para eliminar la placa bacteriana, con ello evitamos enfermedades causadas por la placa como la caries y la enfermedad periodontal.¹⁴

En el mercado existen diferentes diseños de cepillos:

1. Cepillos de muelles en la base de los penachos
2. Cepillos con sabor a frutas.
3. Cepillos para eliminar prótesis
4. Cepillos plegables para viajar
5. Cepillos que adjuntan un reloj de arena
6. Cepillos de pila eléctrica que indican el tiempo de cepillado
7. Cepillo interproximal se utiliza cuando hay mayor espacio entre diente y diente, puede sustituir el uso de la ceda, se muy útil para eliminar la placa bacteriana ínter proximal.¹⁵

CARACTERISTICAS DE UN CEPILLO DENTAL

El cepillo recomendado es de dureza media siempre y cuando no exista enfermedad periodontal y debe ser de mango recto, cabezal pequeño y cerdas de piramidal blandas con extremos redondeados, existen cepillos de 2 a 6 hileras de penachos y de 2 a 6 hilera de filamentos que son utilizados para pacientes con enfermedad periodontal. Los cepillos se deben cambiar cuando los filamentos no están rectos se recomienda cambiar el cepillo dental cada 3 meses.¹⁶

AGENTES QUIMIOTERAPEUTICOS

Día a día surgen nuevos productos para mejorar la salud bucal. Por eso el odontólogo debe tener en cuenta sus componentes para prescribirlos.

Principales quimioterapeúticos con actividad en la cavidad oral:

FLUORUROS: Tiene una actividad protectora frente a la caries dental, inhibe la desmineralización y aumenta la remineralización, cuando hay desmineralización la porosidad de la lesión permite el depósito de fluor formando fluorohidroxiapatita favoreciendo una nueva formación de cristales.^{17,18}

No hay duda de la importancia del flúor tópico en la prevención, la eficacia aumenta cuando la dosis es baja pero frecuente mas que grandes dosis esporádicamente.

Los dentífricos con flúor a demás de prevenir caries actúan como productos antiplaca, evitan la formación del calculo y disminuye la sensibilidad dental.

Los dentífricos que contienen triclosan reducen significativamente la placa supragingival y la inflamación gingival.¹⁹

CLOREXIDINA

Se recomienda en personas mentalmente impedidas, como apoyo a la limpieza mecánica debido a su acción bacteriostática, solo se debe utilizar con una dosificación adecuada debido a sus efectos adversos.

Se utiliza para combatir gingivitis, periodontitis, siendo efectiva contra gran variedad de microorganismos.²⁰

DENTRIFICOS Y COLUTORIOS

Se han utilizado para contribuir a la limpieza de dientes, avances tecnológicos han hecho que se incluyan en ellos sustancias terapéuticas para dientes y encías.

Los pacientes podrán utilizar los dentífricos dependiendo del problema a tratar escogerán el indicado por su composición.

Los dentífricos están compuestos por diferentes sustancias como abrasivos, detergentes, sustancias con color, sabor. Los componentes químicos están presentes con el objetivo de prevenir y tratar la patología cada una tiene una función diferente que son las siguientes:

1. Detergentes: tiene como objetivo disminuir la tensión superficial, penetrar y solubilizar los depósitos que hay sobre las piezas dentarias, y facilitar la dispersión de los agentes activos.
2. Abrasivos: Son sustancias que durante el cepillado eliminan los depósitos acumulados.
3. Humectantes: son agentes que evitan el endurecimiento del dentífrico.
4. Aromatizante: sustancia que dan sabor al dentífrico
5. Colorantes: se usan los mismos de alimentos y bebidas.
6. Conservantes y anticorrosivos de tubo
7. Sustancias antiplaca: actúan sobre la placa eliminando microorganismos inhibiendo la formación de la matriz.
8. Sustancia que aumentan la resistencia del esmalte: el fluor par prevenir la caries convirtiendo los cristales hidrxiapatita en fluorapatita.
9. Sustancias descensibilisantes.
10. Sustancias Blanqueadoras; se utilizan después de un blanqueamiento clínico como mantenimiento.
11. Sustancias antiinflamatorias y epitelizantes; indicadas en el proceso inflamatorio gingival par la regeneración o epitelización de la mucosas.
12. Enzimas: actúan sobre el metabolismo de las placas del sistema glucolactoperoxidasa, actúan en casos de sequedad bucal.
13. Sustancias portadoras de calcio
14. Sustancias naturales.^{21,22}

GELES

No contienen abrasivos. Tienen una acción terapéutica mayor que los dentífricos, se aplican antes de dormir, y los geles portadores de clorhexidina son indicados para problemas periodontales.

ENJUAGUES

Líquidos que sirven para realizar enjuagues, tienen las mismas composiciones que los dentífricos pero no llevan abrasivos, se utilizan para la halitosis. Son ideales para utilizarlos en programas preventivos escolares debido a que pueden supervisarse muchos niños con un costo mínimo evitando la fluorosis, se ha demostrado que bajas concentraciones de flúor son suficientes para inhibir el metabolismo bacteriano de la placa dental y la producción ácida bacteriana.²³

CUIDADO DIARIO DE LA SALUD BUCO DENTAL

1. Si el paciente esta en cama, elevar su cabeza con la propia cama o mediante almohadas y girar su cabeza hasta que quede frente de la suya.
2. Si el paciente se halla en una silla fija o de ruedas póngase a su lado y estabilice su cabeza, cogiendo con una mano la cabeza y recueste su cara contra su propio cuerpo.
3. si los labios del paciente están secos o agrietados aplicar una ligera capa de vaselina.
4. Cepillar los dientes del pacientes y limpiar las superficies interdetales.
5. si su paciente esta consciente hacerle enjuagar diariamente con enjuagues fluorados o uno recomendado por el odontólogo.^{24,25,26.}

La educación de los pacientes con retardo mental se deben evitar los maltratos físicos y verbales. La comunicación debe ser un aspecto importante para iniciar un tratamiento, ya que a partir de un buen diálogo y comprensión hacia el paciente, podemos recibir un excelente colaboración por parte de ellos.²⁷

El odontólogo en el momento de iniciar un tratamiento con estos pacientes, debe tener la experiencia, conocimiento adecuado y debe manejar otras situaciones como son el comportamiento del paciente y su familia en relación con el medio social.

El crecimiento esta relacionado en tres factores:

- La dotación natural con que el niño crece
- Experiencia primera entre el niño y su madre
- Relación del medio ambiente.

Por otra parte la ansiedad que suelen presentar los padres por los problemas físicos y mentales que presenta los niños con Retardo Mental hacen que con frecuencia se retrase la aplicación de la asistencia odontológica hasta que ya se a desarrollado algunas enfermedad oral importante. Algunos odontólogos se sienten incómodos al tratar niños incapacitados, lo que resulta en la perdida de unos servicios Quezón muy necesarios. Giddon, Rude y Belton han señalado que son la accesibilidad , la disponibilidad y la capacidad de aceptación las que determinan hasta que punto el odontólogo se va a implicar en el tratamiento del niño con Retardo Mental.²⁸

La exploración dental inicial del niño incapacitado merece una atención especial en los antecedentes médicos y orales del paciente. Por motivos de posible consulta, es necesario conocer los nombre y direcciones de los médicos y odontólogos que han atendido previamente al paciente. Las ínter consultas con estos especialistas son frecuente y nos ayudan a planificar la asistencia y el tratamiento del paciente.

Los padres tienen la responsabilidad inicial para restablecer una buena higiene oral. El refuerzo de los buenos cuidados dentales en casa se realiza a través de los medios de comunicación, la comunicación con otras personas y las actividades escolares. Este apoyo suplementario alivia al odontólogo de la responsabilidad de explicar la necesidad de los cuidados dentales en el hogar e incrementa la receptividad de padres y pacientes hacia este tipo de programas. No obstante, es responsabilidad del odontólogo o del higienista consultar con la persona que se encarga del niño incapacitado en aquellos casos en los que el paciente presenta problemas continuos de higiene

oral. Es esencial el seguimiento mediante observaciones para desarrollar el plan terapéutico de prevención oral.

Los cuidados dentales en el hogar se deben iniciar desde la infancia; el odontólogo debe enseñar a los padres a limpiar diariamente y con delicadeza los incisivos utilizando un paño suave o un cepillo dental para lactantes.³⁰

En los niños de mayor edad que no quieren colaborar o no pueden hacerlo por motivos físicos, el odontólogo debe enseñar a los padres o al tutor las técnicas de cepillado.

En el tratamiento de los pacientes incapacitados es importante la observación cuidadosa de los casos de susceptibilidad a la caries, así como el examen dental regular.

Las personas con retraso mental suelen presentar escasa capacidad de atención, inquietud, hiperactividad y actitud emocional errática. El odontólogo debe valorar el grado de retraso mental consultado al médico del paciente o al personal médico de la institución a la que pertenezca, en el caso que viva con sus padres.³¹

Para establecer una buena relación odontólogo paciente y reducir la ansiedad del paciente con respecto a la asistencia dental: se ha demostrado que son muy útiles las siguientes líneas de actuación:

1. Hacer que la familia realice una breve visita a la consulta antes de acudir por primera vez el paciente, familiarizar al paciente con los miembros de la consulta y con las instalaciones para disminuir el terror ante lo desconocido.
2. Hablar despacio y utilizar términos sencillos de entender. Asegurarse que el paciente comprenda las explicaciones preguntándole si tiene alguna duda.

3. Dar solo una instrucción cada vez. Recompensar al paciente con obsequios cada vez que finaliza con éxito un procedimiento.
4. Escuchar atentamente al paciente. Las personas con retardo mental suelen tener problemas de comunicación, por lo que el odontólogo debe estar especialmente atento a los gestos y solicitudes verbales.
5. Invitar a los padres a que ayuden en la sala de operaciones.
6. Hacer que las visitas sean cortas. Evolucionar de forma hacia la realización de los procedimientos más difíciles por ejemplo la anestesia y la odontología de restauraciones después de que el paciente y se ha acostumbrado al entorno de la consulta.
7. Citarlo a primera hora, cuando el odontólogo, el personal auxiliar y el mismo paciente están menos fatigados.^{32,33}

CATEGORIAS EN EL MANEJO DE LOS NIÑOS DISCAPACITADOS

TIPO I: Pacientes que aceptan bien los procedimientos odontológicos y puede ser manejado convencionalmente.

TIPO II: Pacientes que inicialmente oponen resistencia ante el tratamiento odontológico, a causa de su limitación, su habilidad para razonar y comunicarse, pero aceptan finalmente los procedimientos después de una explicación apropiada.

Se manejan con modificación de las técnicas de conducta.

TIPO III: Pacientes que no aceptan los procedimientos por la incapacidad física de recibir información a través de la comunicación. Generalmente se manejan con restricción física y abre bocas.

TIPO IV: pacientes que requieren restricción física y premedicación para controlar su conducta.

TIPO V: pacientes que requieren anestesia general por ser de difícil manejo y tener necesidades urgentes y extensas de tratamiento.

TIPO VI: paciente no cooperadores que requieren un mínimo de tratamiento y según balance riesgo/beneficio no justifica su atención bajo anestesia general. Su manejo comúnmente es con restricción física.³⁴

PAUTAS GENERALES PARA EL ABORDAJE DEL NIÑO DISCAPACITADO

- Manejo interdisciplinario
- Revisión de historia clínica
- Primera cita odontológica
- Valore la potenciabilidad de cooperación del niño y sus padres
- La entrevista con los padres
- Interconsulta
- Plan de tratamiento.^{35,36}

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO CONDUCTUAL DEL PACIENTE DISCAPACITADO

1. Obtenga en lo posible comunicación con los niños y con los padres o tutores.
2. Utilice un tono de voz adecuado para inspirar confianza
3. Organice el equipo, instrumental y materiales según las normas ergonómicas par favorecer la eficiencia en cada cita.
4. Revise el programa de cada cita y tenga todo dispuesto antes de hacer seguir al paciente.
5. Avise cambios posturales del sillón antes de realizarlos

6. Introduzca gradualmente estímulos como ruido, luz , etc.
7. Tenga en cuenta que es fundamental el control del dolor intra y post- operatorio.
8. Aislar con tela de caucho
9. Entrenar adecuadamente el personal auxiliar.^{37,38}

INTEGRACION ESCOLAR E INCLUSION SOCIAL

Las personas que necesitan educación especial, logran apropiarse y transferir los aprendizajes a su proyecto de vida al incrementar sus niveles de autonomía y su grado de inserción a la comunidad.

Factores que deben estar presentes ante la concreción de una experiencia de integración en el ámbito educativo:

1. Favorecer la integración del alumno con necesidad de educación especial siempre que sea posible.
2. La existencia de una legislación que avale y garantice los derechos y deberes de las personas con necesidad de educación especial.
3. Voluntad integradora de la comunidad educativa y los actores institucionales implicados en la experiencia de integración.
4. Generar un cambio en el imaginario social ante una experiencia de integración que plantea pensar en la diferencia y la diversidad.
5. Conformar un equipo de trabajo multidisciplinario
6. Contar con una adaptación curricular que posibilite una planificación educativa individual para las personas con necesidad de educación especial.

MANEJO ODONTOLÓGICO

Para la atención odontológica de estos niños se valora el grado de retraso mental y directamente la comunicación y potencial de cooperación ubicándolo en las categorías del manejo de la conducta para decidir método de tratamiento.

- Comprender la inmadurez social, intelectual y emocional y se ajusta las técnicas psicológicas conductuales para el manejo.
- Solicitar valoración por psicología para evaluar mas objetivamente el grado de retraso mental.
- Familiarizar al paciente con el equipo humano y con el ambiente del consultorio, así se reduce el temor a lo desconocido.
- Presentar solo un estímulo a la vez y premiar al paciente con felicitación después de cada logro.
- Escuchar al paciente e interpretar su comunicación no verbal.
- Citas cortas.
- Repetir constantemente las explicaciones de los procedimientos y las técnicas de manejo.

3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1 HIPÓTESIS

Guías de atención primaria para mejorar la salud oral del paciente niño con retardo mental y prevenir enfermedades orales.

3.2 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo.

3.3 UNIVERSO

Niños con retardo mental.

3.4 POBLACIÓN

Niños con retardo mental que acuden a la Institución Carlos Arturo Rodríguez, No. 100, de la ciudad de Palmira.

3.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Censo de la Institución Carlos Arturo Rodríguez, No. 100, de la ciudad de Palmira.

3.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.6.1 Criterios de inclusión

3.6.1.1 Todos los pacientes que asisten a la Institución.

3.6.1.2 Pacientes con dentición mixta.

3.6.1.3 Pacientes con dentición permanente.

3.6.1.4 Retardo mental, leve, moderado y severo.

3.6.2 Criterios de exclusión

3.6.2.1 Pacientes con alto compromiso sistémico.

3.6.3 Diseño de retiro

3.6.3.1 Retiro de la Institución del paciente.

3.6.3.2 No colaboración del paciente y su familia.

3.6.3.2 Fallecimiento del paciente.

3.7 VARIABLES

Nombre Variable	Definición Variable	Escala de Variabilidad		Medición
		Cuantitativa	Cualitativa	
Sexo	Definición género	X		Masculina 0 Femenino
Edad	Tiempo vivido por una persona desde su nacimiento	X		5 a 16 años
Escolaridad	Relativo a la escala o al estudiante	X		Prejardín a 5 nivel
Severidad de Placa	Índice con el cual se clasifica la placa bacteriana LOE. 0 No hay placa 1 Placa invisible 2 Acumulación moderada de depósitos blandos en el margen gingival que se pueden observar a simple vista 3 Abundancia en materia blanda en le margen gingival.	X		0 a 3

3.8 FORMULARIOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.8.1 Instructivo. El formulario de recolección de información consta de pocos datos personales del paciente, en el cual participará en el estudio como su nombre, edad, sexo y también No. de cédula del padre o acudiente, de igual forma contiene un cuadro donde están las fechas donde se realizaron los índices de placa y un cuadro donde se indica el tipo de técnica de cepillado que se empleó.

Los criterios que se obtuvieron para clasificar el nivel de placa fueron (índice de LOE) :

- 0 No hay placa
- 1 Placa invisible
- 2 Acumulación moderada de depósitos blandos en el margen gingival
- 3 Abundancia de materia blanda en el margen gingival

ENCUESTA

1. Nombre del niño:
2. Edad:
3. Sexo: M ____ F ____
4. Conoce acerca de prevención en odontología
a. Si ____ b. No ____
5. Conoce alguna técnica de cepillado para su hijo
a. Si ____ b. No ____
6. Le preocupa a usted la higiene oral de su hijo
a. Si ____ b. No ____
7. Conoce acerca de la placa bacteriana y como identificarla
a. Si ____ b. No ____

8. El niño a recibido tratamiento odontológico

a. Si _____ b. No _____

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

1. IDENTIFICACION

NOMBRE:

GENERO:

EDAD:

NIVEL EDUCATIVO:

2. I.P.B.

1. CONTROL PLACA BACTERIANA	2. CONTROL DE PLACA BACTERIANA
Enero 14	Febrero 11

2 TÉCNICA DE CEPILLADO

TÉCNICAS DE CEPILLADO	
1. HORIZONTAL	
2. ROTACIONAL	
3. TÉCNICAS DE BASS	
4. TÉCNICAS STILLMAN MODIFICADO	
5. TECNIC DE CHARTES	

3.9 PRUEBA PILOTO

La prueba se realizara en la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano donde se realizara un encuesta a los acudientes de los niños que reciben atención odontológica. Para evaluar el conocimiento acerca de higiene oral y se medirá el índice de placa bacteriana de cada niño que será efectuado por el odontólogo que lo trata.

3.10 CONSIDERACIONES ETICAS

Resolución 8430 de 1993 – Ministerio de Colombia.

Título II

Artículo 6: la tesis implanta un programa de atención primaria no invasiva en odontología en niños con retardo mental, realizada en la Escuela Carlos Arturo Rodríguez No. 100, sede Palmira, fue realizada en seres humanos conforme con las siguientes pautas:

- a) Se ajustó a los principios éticos y científicos.
- b) Se fundamentó en las enseñanzas realizadas en pacientes con retardo mental y en hechos científicos.
- c) Se realizó en la Escuela Carlos Arturo Rodríguez No. 100 sede Palmira, contando con las normas de asepsia.
- d) Se diseñó un consentimiento informado por escrito, entregado a cada padre de familia con las excepciones dispuestas en la resolución.
- e) En el consentimiento informado se explicaron los riesgos que presentaban la investigación y se informó a cada padre de familia claramente.

- f) Toda la investigación fue realizada por los estudiantes encargados de la misma y supervisada por los coordinadores, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano.
- g) Estas practicas se llevaron a cabo cuando se obtuvieron las autorizaciones pertinentes.

Articulo 14: se elaboró un consentimiento informado por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o paciente, autorizó su participación en la investigación contando con pleno conocimiento de los procedimientos a realizar con sus respectivos beneficios y riesgos, a los que se sometió contando con la libre capacidad de elección y sin coacción alguna.

Articulo 15: el consentimiento informado contiene la siguiente información, la cual fue explicada completamente y claramente al paciente, de tal forma que se pueda comprender:

- a) La justificación y objetivos de la investigación.
- b) Todos los procedimientos a realizar y su propósito.
- c) Los efectos y posibles complicaciones.
- d) Libertad de retirarse o dejar de participar en el estudio sin que ello le perjudicara para continuar su cuidado y tratamiento.
- e) Máxima confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- f) Pleno compromiso de proporcionar información actualizada obtenida durante el estudio, aunque esta altere la voluntad del paciente.
- g) El paciente cuenta con disponibilidad de tratamiento odontológico, en caso de daños que le afecten directamente, causados por la investigación.
- h) Todos los gastos del presupuesto de la investigación son responsabilidad del grupo de investigación.

Artículo 16: el consentimiento cumplió con los siguientes requisitos:

- a) Elaborado por el grupo de investigación con la información señalada en el artículo 15 de la resolución.
- b) Todo el trabajo fue revisado por los estudiantes de tesis, el asesor metodológico y el asesor científico.
- c) Cuenta con los nombres y cedula de dos testigos y la relación de ellos con el paciente.
- d) Los dos testigos y el paciente firmaron. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimió su huella digital y su nombre lo firmó otra persona que el designó.
- e) Se elaboró por duplicado, dejando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o su representante legal.

3.10.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ identificado con la cédula de ciudadanía No. _____ De _____ padre o acudiente, autorizo que haga parte del estudio de investigación "ATENCIÓN PRIMARIA EN ODONTOLOGÍA CON PACIENTES CON RETARDO MENTAL", he sido informado que el estudio consiste en investigar acerca de los conocimientos de los padres o acudientes o educadores sobre la higiene oral de todos los pacientes de esta institución y sobre la higiene oral del niño.

Me han contado, que se ha encontrado que la enfermedad mas frecuente en estos pacientes son la caries y la enfermedad de las encías, por la poca información que se tiene a este respecto y que la mejor forma de evitar que estos suceda es reducir la placa bacteriana.

Me informan que a los niños se les realizará un examen en la boca consistente en determinar la cantidad de placa bacteriana, por medio de la aplicación de unas gotas decolorante, con el fin de que tiña la placa y evaluar la higiene oral del niño y que esta sustancia no tiene ningún efecto nocivo para la salud.

A partir de estos resultados los investigadores van a enseñar o modificar la técnica de cepillado. Igualmente me aseguran que la identidad del niño y la información suministrada será confidencial y solamente será utilizada con fines científicos.

Con esta investigación se busca contribuir al mejoramiento de la salud oral para estos pacientes. Soy consciente de que puedo retirar esta autorización, cuando lo considere conveniente, sin que el niño se vea perjudicado en su atención.

Me comprometo a colaborar en el cumplimiento de las citas para poder llevar a cabo esta investigación.

No tendré que pagar por esta atención, ni recibiré ningún pago por esta participación.

Estando de acuerdo con todo lo anterior firmo a los _____ días del mes de _____ de 2002.

Firma _____ Dirección _____

Cédula _____

Huella

Testigo 1

Firma _____ Nombre: _____

Cédula: _____ Dirección: _____

Relación: _____

Huella

Testigo 2

Firma _____ Nombre: _____

Cédula: _____ Dirección: _____

Relación: _____

Huella

Investigador: _____

3.11 RECURSOS

3.11.1 Recursos humanos

Personal	Dedicación de horas durante el semestre	Valor Hora	Total
Victoria E. Parra	130	8.000	1.040.000
Cristian Arbelaez	130	8.000	1.040.000
Carlos Rodríguez	130	8.000	1.040.000
Cristian Santiago	130	8.000	1.040.000
Dra. Blanca Acosta	18	20.000	360.000
Dra. Dominique Gómez	10	20.000	200.000
		Subtotal	\$4.720.000

3.11.2 Recursos físicos

Nombre	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Materiales			
Cajas de guantes	3	10.000	30.000
Cajas de tapabocas	2	15.000	30.000
Uniformes	12	6.500	78.000
Revelador de placa	5	2.500	12.500
Amoxal cápsulas	90	1.400	126.000
Instrumentos y Equipo			
Computadores	408 horas	4.000	1.632.000
Transporte			
Bus	24 pasajes	1.000	24.000
Alimentación			
Almuerzos	30	3.000	90.000
Papelería			
Block	3	2.000	6.000
Bolígrafos	6	700	4.200
Fotocopias	250	60	15.000
Diskettes	10	2.000	20.000
Material Audiovisual			
Diapositivas	40	2.000	80.000
Inversiones			
Internet	12 horas	4.000	48.000
		Subtotal	\$2.195.700

3.11.3 Recursos financieros

Rubro	Valor
Recursos Humanos	4.720.000
Recursos Físicos	2.195.700
Subtotal	6.915.700
Imprevistos 5%	345.785
Gran Total	7.261.485

4. RESULTADOS

Se utiliza un paquete estadístico webstat 3.0, disponibilidad gratuita en la dirección www.webstatsqftware.com/3.0/index/html.excel.microsoft.oofcexp. Se realizó análisis descriptivo univariado a través de medidas de tendencia central y de dispersión, un análisis bivariado a través de tablas cruzadas o de contingencia, gráficos de barra, se utilizó la prueba, no paramétrica para muestras dependientes que nos permite establecer si hay diferencias entre grupos, se utilizó la

formula $t = \frac{\bar{d}}{\frac{\sigma d}{\sqrt{N}}}$ donde

t= valor estadístico del procedimiento.

\bar{d} = valor promedio o medida aritmética de las diferencias entre los momentos antes y después.

σd = desviación estándar de las diferencias entre los momentos antes y después.

N = tamaño muestra.

Grado de libertad = GI = n – 1

Se estudiaron 50 pacientes con retardo mental, entre las edades de 9 a 34 años de ambos géneros, (21 mujeres y 29 hombres) que asisten a la Institución Carlos Arturo Rodríguez No. 100 de la ciudad de Palmira. Con el objetivo de reducir la placa bacteriana a los pacientes que asisten a dicha Institución. Esto se logró por medio de los conversatorios de higiene oral, que se realizaron a los educadores, padres de familiar y pacientes. Se efectuaron índices de placa bacteriana, donde obtuvimos los siguientes resultados: Placa bacteriana; obtenida en forma grupal fue de 1.9 y en el segundo control fue de 1.1, por lo tanto y de acuerdo a la clasificación de los niveles de placa de

malo a regular, siendo esto un avance significativo ($P=1,4788 \text{ E-}25$) en la reducción de placa bacteriana.

Según el genero en el grupo masculino el primer control de índice de placa bacteriana fue de 1.9 y el segundo fue de 1.0 ($P=9,4129 \text{ E-}13$) y en el grupo femenino en el primer control de índice de placa bacteriana fue de 1.9 y el segundo fue de 1.1 ($P=5,2825 \text{ E-}17$), es decir, que se logró una reducción de placa bacteriana mayor en el genero femenino en relación con el genero masculino.

Según la edad; se observó que en el primer de IPB, el nivel de placa era malo entre las edades de 5 a 9 años, de 15 a 19 años y de 30 a 34 años. En el segundo control de IPB se logró una reducción considerable entre las edades de 5 a 9 años.

De acuerdo a la relación entre la edad y el genero se encontró que el grupo femenino en el primer IPB, el nivel de placa era mala entre las edades de 10 a 14 años, de 15 a 19 años, de 20 a 24 años y de 25 a 29 años y en el segundo grupo masculino se observó en edades de 5 a 9 años donde se encontró un solo paciente de 15 a 19 años y de 30 a 34 años, en el segundo control de IPB en el grupo femenino logró una disminución significativo de placa bacteriana en las edades de 10 a 14 años ($P=1,327 \text{ E-}05$) y de 15 y 19 años ($P=7,0258 \text{ E-}07$).

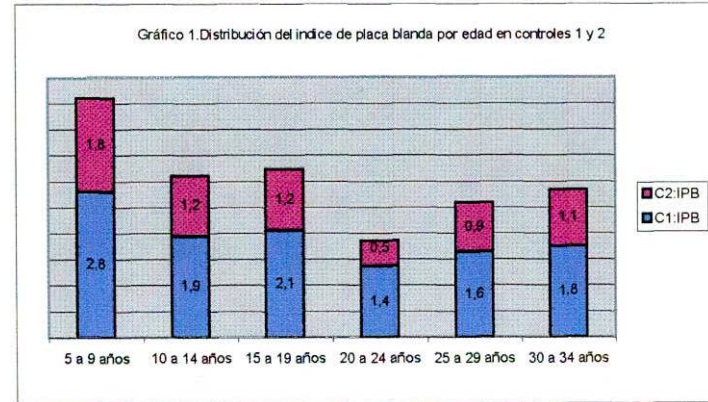
En el grupo masculino en las edades de 5 a 9 años y de 15 a 19 años ($P=7,0258 \text{ E-}07$) donde se logró pasar de un nivel de placa bacteriana mala a regular en estas edades.

De acuerdo a los dientes tomados para realizar el índice de placa bacteriana, se observó que en el primer control de IPB se encontró en un nivel malo el 11 seguido por el 31,16,26 y 46. Se logra una disminución considerable pasando de malo a regular en el 46,31 y 26, donde se observa que los pacientes tienen mayor facilidad de realizar su higiene oral en el cuadrante derecho superior e inferior. Se debe enfatizar mas en el cuadrante izquierdo.

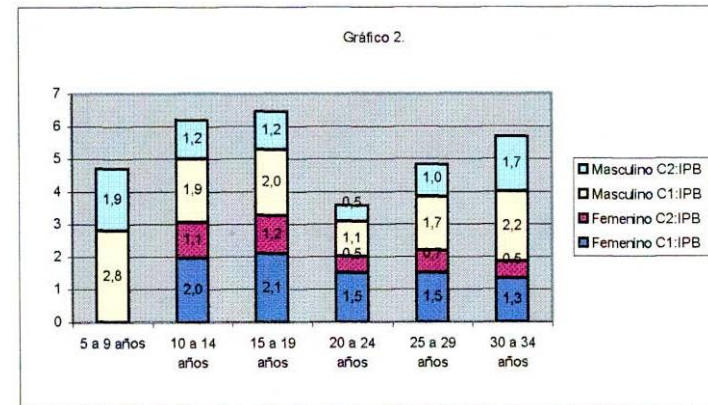
	C1:IPB	C2:IPB
Femenino	1,9	1,0
Masculino	1,9	1,1

Indice ICP por Control	
ICP: C1 grupo	1,9
ICP: C2 grupo	1,1

	C1:IPB	C2:IPB
5 a 9 años	2,8	1,8
10 a 14 años	1,9	1,2
15 a 19 años	2,1	1,2
20 a 24 años	1,4	0,5
25 a 29 años	1,6	0,9
30 a 34 años	1,8	1,1



Edad	Femenino		Masculino	
	C1:IPB	C2:IPB	C1:IPB	C2:IPB
5 a 9 años			2,8	1,9
10 a 14 años	2,0	1,1	1,9	1,2
15 a 19 años	2,1	1,2	2,0	1,2
20 a 24 años	1,5	0,5	1,1	0,5
25 a 29 años	1,5	0,7	1,7	1,0
30 a 34 años	1,3	0,5	2,2	1,7



Diente N°	Indice de Placa Blanda	
	Control 1	Control 2
D16	1,8	1,1
D11	2,2	1,4
D26	1,8	0,9
D36	1,7	1,0
D31	2,0	1,1
D46	1,8	0,9

Edad	Diente 16			
	Femenino		Masculino	
	C1:IPB	C2:IPB	C1:IPB	C2:IPB
5 a 9 años			2	1
10 a 14 años	1,9	1,0	2,0	1,4
15 a 19 años	2,3	1,4	1,9	1,1
20 a 24 años	1,5	0,5	1,0	0,5
25 a 29 años	1,0	0,0	1,6	1,2
30 a 34 años	1,0	0,0	1,0	1,0

Edad	Diente 11			
	Femenino		Masculino	
	C1:IPB	C2:IPB	C1:IPB	C2:IPB
5 a 9 años			3	2
10 a 14 años	1,6	1,1	2,2	1,3
15 a 19 años	2,9	1,9	2,3	1,4
20 a 24 años	2,0	1,0	1,0	0,5
25 a 29 años	2,0	1,0	2,4	1,8
30 a 34 años	1,0	0,0	3,0	2,0

Diente 26				
Edad	Femenino		Masculino	
	C1:IPB	C2:IPB	C1:IPB	C2:IPB
5 a 9 años			3	2
10 a 14 años	1,7	0,9	1,7	0,8
15 a 19 años	2,1	1,0	2,2	1,3
20 a 24 años	1,3	0,3	1,0	0,5
25 a 29 años	2,0	1,0	1,8	1,0
30 a 34 años	1,0	0,0	2,0	1,0

Diente 36				
Edad	Femenino		Masculino	
	C1:IPB	C2:IPB	C1:IPB	C2:IPB
5 a 9 años			3	2
10 a 14 años	2,0	1,0	1,9	1,3
15 a 19 años	1,6	0,8	1,9	1,4
20 a 24 años	1,3	0,3	1,5	0,5
25 a 29 años	1,0	1,0	1,0	0,6
30 a 34 años	1,0	1,0	2,0	1,0

Diente 31				
Edad	Femenino		Masculino	
	C1:IPB	C2:IPB	C1:IPB	C2:IPB
5 a 9 años			3	2
10 a 14 años	2,3	1,4	1,8	1,2
15 a 19 años	2,0	1,1	2,2	1,1
20 a 24 años	1,5	0,5	1,0	0,5
25 a 29 años	2	1	2	1
30 a 34 años	2	1	3	3

Diente 46				
Edad	Femenino		Masculino	
	C1:IPB	C2:IPB	C1:IPB	C2:IPB
5 a 9 años			3	2
10 a 14 años	2,3	1,3	2,0	1,2
15 a 19 años	1,8	0,9	1,6	0,6
20 a 24 años	1,5	0,5	1,0	0,5
25 a 29 años	1,0	0,0	1,2	0,4
30 a 34 años	2	1	2	2

Prueba T para diferencias

49

Entre los dos grupos

Promedio Difer	
0,82	
Des estd	
0,28934205	
Valor T =	20,0395195
G.I = n-1	49
Valor p	1,4788E-25

para mujeres

Promedio Difer	
0,9047619	
Des estd	
0,16305613	
Valor T =	25,427685
G.I = n-1	20
Valor p	5,2825E-17

10 a 14 años

Promedio Difer	
0,83333333	
Des estd	
0,19245009	
Valor T =	11,4564392
G.I = n-1	6
Valor p	1,3274E-05

15 a 19 años

Promedio Difer	
0,9375	
Des estd	
0,1767767	
Valor T =	15
G.I = n-1	7
Valor p	7,0258E-07

20 a 24 años

Promedio Difer	
1	
Des estd	
0	
Valor T =	#¡DIV/0!
G.I = n-1	3
Valor p	#¡DIV/0!

25 a 29 años

para hombres

Promedio Difer	
0,75862069	
Des estd	
0,34384095	
Valor T =	11,8813579
G.I = n-1	28
Valor p	9,4129E-13

10 a 14 años

Promedio Difer	
0,75757576	
Des estd	
0,50201614	
Valor T =	5,00500751
G.I = n-1	10
Valor p	0,00026669

15 a 19

Promedio Difer	
0,85185185	
Des estd	
0,21154925	
Valor T =	12,0801918
G.I = n-1	8
Valor p	1,0189E-06

20 a 24

Promedio Difer	
0,583333	
Des estd	
0,117851	
Valor T =	7
G.I = n-1	1
Valor p	0,045167

25 a 29

Promedio Difer	
0,666667	
Des estd	
0,166667	
Valor T =	8,944272
G.I = n-1	4
Valor p	0,000432

5. CONCLUSIONES

- 5.1 Se logró reducir el índice de placa bacteriana para ambos sexos, inmediatamente después de la finalización de los conversatorios de higiene oral y la técnica de cepillado individualizada.
- 5.2 Los padres y educadores de la Institución Carlos Arturo Rodríguez No. 100 de la ciudad de Palmira, desconoce la importancia de la higiene oral.
- 5.3 Los conversatorios efectuados a los padres y educadores logra los objetivos de concientizar la importancia de la higiene oral.
- 5.4 Los pacientes con retardo mental aprende mediante imitación repetitiva, se puede aprovechar para implementar técnicas de cepillado individualizada.
- 5.5 Los conversatorios de higiene oral, lograron que los pacientes comprendieran los factores etiológicos principales de las enfermedades bucales.
- 5.6 Para disminuir los niveles de placa bacteriana es básico establecer la confianza y la comunicación con los pacientes.

6. DISCUSION

En la investigación eficacia de tras tipos de cepillos dentales en la remoción de placa bacteriana empleando la técnica "stilma modificado" realizada por las Doctoras: Vanesa Chaverri y Gina Murillo Nutgen, de acuerdo a nuestra investigación no existe una técnica específica para los pacientes con retardo mental, sino que se debe utilizar una técnica de cepillado individualizada.

En el estudio realizado por el Dr. Jaime Otero, Odontología en pacientes con Síndrome de Down, los niveles altos de caries que son los causantes de la enfermedad periodontal en nuestra investigación, se encontró que los pacientes presentaban caries, pero era mayor prevalencia de placa bacteriana de placa bacteriana que tratando en una forma no invasiva evitaremos la formación de caries y enfermedad periodontal.

En el estudio realizado por el Dr. Niessen Lc. Douglas Chlorhexidine en odontología y salud oral (Importancia en la prevención de caries.)

En nuestra investigación no fue necesario utilizar enjuagues bucales para lograr la reducción de placa bacteriana si no a partir de la motivación y de una técnica de cepillado individualizado, logramos la reducción de placa bacteriana.

7. RECOMENDACIONES

- 7.1 Se deben seguir los programas de educación de higiene oral, por parte de los padres y educadores para continuar estimulando a los pacientes con retardo mental acerca de la higiene oral.
- 7.2 Los pacientes con retardo mental necesitan charlas educativas de higiene oral en forma clara, precisa, concisa y repetitiva para lograr que asimilen la información, asignar un ejemplo a seguir que sirve como estímulo para los pacientes en la motivación de la higiene.
- 7.3 Utilizar reveladores de placa bacteriana para que los pacientes la observen y la remuevan.
- 7.4 Asignar el programa de prevención en odontología en instituciones encargados de la educación de pacientes con retardo mental.
- 7.5 Para los pacientes agresivos se debe trabajar con ayuda de sus padres y así lograr su aceptación.
- 7.6 Los pacientes con retardo mental, necesitan charlas educativas de higiene oral en forma clara, precisa, concisa y repetitiva para lograr que asimilen la información, asignar un ejemplo a seguir que sirve como estímulo para los pacientes en la motivación de la higiene.
- 7.7 Utilizar reveladores de placa bacteriana para que los pacientes la observen y la remueven.

7.8 Asignar el programa de prevención en odontología en Instituciones encargadas de la educación de pacientes con retardo mental.

7.9 Para los pacientes agresivos se debe trabajar con ayuda de sus padres y así logra su aceptación.

BIBLIOGRAFIA

1. ACOSTA, Pairol. Orientación diagnóstica en retraso mental. En; odonto-online.com (Noviembre 2001).
2. BAGGINI E. Atención de pacientes especiales Síndrome de Down. En; odontologialine.com (Oct. 2000).
3. BALIONE, Geraldo José. Deficiencia mental. En; psigweb psiautrid peral (Julio 2001).
4. BORDEN G. Streptococos mutans, caries y clorhexidina. En; bioloral.com (Septiembre 1999).
5. COOLEY R. Tratamiento dental para niños especiales. En; odontoweb.com (Noviembre 2000).
6. CHAVERRI, Vanesa. Eficacia de tres tipos de cepillo dental en la remoción de placa bacteriana. En; A:/eficacia.html (Noviembre 2001).
7. CHAVERRI, Vanesa. Prevención . En; odontoweb (Julio 2000).
8. CHOEN, William. Guías de salud oral para personas con Síndrome de Down. En; google.com (Noviembre 2000).
9. EMILSON G. Clorhexidina y caries dental. En; odontoweb.com (Septiembre 2001).
10. EMILSON, I. Dentríficos y colutorios. En; prevenir.com (Febrero 2000).

11. ENLOWH. Protocolo de manejo del paciente pediátrico. En; prevenir.com (Febrero 1999).
12. GILBERT, T. Tratamiento multidisciplinario para pacientes con retardo mental. En; nichy.org (Noviembre 1998).
13. GONZALEZ, E. Naranjo. Guías de manejo en estomatología pediátrica. En; odontologialine.com (Noviembre 1999).
14. GONZALEZ, Puell. Sabia usted higiene oral para todos. En: odontoweb (Abril 2000).
15. HERNÁNDEZ G. BONILLA A. TORRES M. Guías de manejo de estomatología pediátrica. En; Universidad Nacional de Colombia (1998).
16. HERRERA GONZALEZ, L. Prevalencia en mosaicos en 100 individuos con diagnostico de Síndrome de Down. En; odontoweb.com (Julio 1999).
17. JARAMILLO, CARDENAS D. Fundamentos de Odontología. En; Odontología Pediátrica.
18. JIMÉNEZ, M. Nora. Pautas para el diagnostico en Odontología. En; prevenir.com (Julio 2000).
19. JONES, E. trastornos odontológico en niños discapacitados. En; odontologíaoline (Septiembre 2000).
20. LOPEZ, M. Control de placa bacteriana. En; prevenir.com (Febrero 2000).
21. KOMAEK, S. profilaxis dental en nuestro consultorio. En; prevenir.com (Febrero 2000).

22. KOUPIL. Técnicas para eliminar placa bacteriana. En; odontocat.com (Febrero 2000).
23. OTERO, Jaime. Integración escolar e inclusión social. En; satlinkweb (Febrero 2000).
24. OTERO, Jaime. Odontología en pacientes con Síndrome de Down. En; www.odontomarketing (Noviembre 2001).
25. PASTRANA, A. Andrés. Plan Nacional de Atención a las personas con discapacidad (1999 – 2002).
26. PUGLIESEI, Luca. Últimos avances de Síndrome de Down. En; odontoweb.com (Noviembre 2000).
27. REDDYAK, Richardsin. Causas de retardo mental. En; Pediatric Dentistry (Septiembre 1999).
28. ROJAS OCHOA, E. Pautas para la prevención en Odontología. En; prevenir.com (Julio 2000).
29. SHERPOROL. Retraso mental. En; odontoweb.com (Julio 2000).
30. SOSA, Manuel. Prevenir. en; odontoweb (Noviembre 2000).
31. VELÁSQUEZ, C. Guías para infantes e infantes preescolares con discapacidad. En; nichy.org (Enero 2000).
32. ZICKERT, C. Agentes quimioterapéuticos. En; odontoweb (Febrero 2000).

ANEXOS

