

TOCa
0089

**CAPACITACIÓN BÁSICA EN SALUD BUCODENTAL PARA ACUDIENTES DE PACIENTES
DISCAPACITADOS (HIPOACUSIA - INVIDENCIA)**

**JORGE ENRIQUE BOLAÑOS
CAROLINA ESCOBAR FERNÁNDEZ
CLAUDIA XIMENA FLÓREZ
CARLOS EDUARDO PEREA**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI**

2002



**CAPACITACIÓN BÁSICA EN SALUD BUCODENTAL PARA ACUDIENTES DE PACIENTES
DISCAPACITADOS (HIPOACUSIA - INVIDENCIA)**

**JORGE ENRIQUE BOLAÑOS
CAROLINA ESCOBAR FERNÁNDEZ
CLAUDIA XIMENA FLÓREZ
CARLOS EDUARDO PEREA**

**Monografía para optar al título de
Odontólogo**

**Director
CARLOS ARTURO HENAO
Odontopediatra**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI**

2002



AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

El Doctor **Carlos Arturo Henao** especialista en odontopediatría y director de Clínica de Odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano.

La Coordinadora **Doris García de Botero** y Doctora **Giovanna L. Mejía** odontólogas del ***Instituto para Niños Ciegos y Sordos de Cali***, quienes con su orientación y apoyo hicieron posible la culminación de esta monografía.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION	14
1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	16
2. JUSTIFICACIÓN	17
3. PROPÓSITO	18
4. OBJETIVOS	19
4.1 OBJETIVO GENERAL	19
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
5. DISEÑO METODOLÓGICO	21
5.1 METODOLOGÍA	21
5.1.1 Encuesta	21
5.1.2 Charlas dirigidas a los acudientes de pacientes con discapacidad (Hipoacusia-Invidencia)	23
5.2 POBLACIÓN BENEFICIADA	23
6. MARCO TEÓRICO	24
6.1 DERECHOS DEL DISCAPACITADO	24
6.2 CONSIDERACIONES PRÁCTICAS	27
6.3 PLAN DE TRATAMIENTO PARA EL PACIENTE DISCAPACITADO	28
6.3.1 Estudio del paciente	28
6.3.2 Historia médica	29
6.3.3 Consulta médica	30
6.3.4 Consultas	30
6.4 HIPOACUSIA	31
6.4.1 Etiología de la hipoacusia	32

6.4.1.1	Factores prenatales	32
6.4.1.2	Factores perinatales	33
6.4.1.3	Factores postnatales	34
6.4.2	Factores que el odontólogo debe tener en cuenta en el manejo de pacientes discapacitados con hipoacusia	35
6.5	INVIDENCIA	36
6.5.1	Etiología de la invidencia	37
6.5.1.1	Factores prenatales	37
6.5.1.2	Factores postnatales	37
6.5.2	Factores que el odontólogo debe tener en cuenta en el manejo de pacientes discapacitados con invidencia	40
6.6	POTENCIALIDAD HUMANA EN ODONTOLOGÍA	42
6.6.1	Programa de salud oral	42
6.6.2	Control del dolor	44
7.	RESULTADOS	45
8.	CONCLUSIONES	58
9.	RECOMENDACIONES	60
10.	PROTOCOLO DE CAPACITACIÓN BÁSICA EN SALUD BUCODENTAL PARA ACUDIENTES DE PACIENTES DISCAPACITADOS (HIPOACUSIA – INVIDENCIA)	62
10.1	INTRODUCCIÓN	63
10.2	OBJETIVOS	63
10.2.1	Objetivo general	63
10.2.2	Objetivos específicos	64
10.3	PERSONAS QUE LLEVAN A CABO EL PROTOCOLO	65
10.4	EVALUACIÓN	65
10.5	PROBLEMAS MÁS FRECUENTES EN LA CAVIDAD BUCODENTAL	65
10.5.1	Placa bacteriana	65
10.6	PREVENCIÓN PARA LOGRAR UNA CORRECTA SALUD BUCODENTAL	71
10.6.1	Seda dental	71
10.6.2	Cepillo dental	72

10.6.3	Crema dental	75
10.6.4	técnica de uso de enjuague bucal	75
10.6.5	Visita periódica al odontólogo	75
10.7	NUTRICIÓN Y DIETA	76
10.7.1	Clasificación de los alimentos	76
10.8	CONSEJOS PARA TENER UNA BOCA SANA	77
10.9	MALOCLUSIONES	78
10.10	CLASIFICACIÓN DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD	79
10.10.1	Entre dos y cuatro años (infancia temprana)	79
10.10.2	Entre cuatro y seis años (edad preescolar)	79
10.10.3	Entre siete y nueve años (edad escolar)	80
10.10.4	Entre diez y trece años (prepubertad)	80
11.	ANEXOS	81
	BIBLIOGRAFÍA	84

FIGURAS

	pág.
Figura 1. Total de niños del instituto	46
Figura 2. Niños que reciben tratamiento	46
Figura 3. Clasificación por sexo en pacientes que reciben tratamiento Odontológico	47
Figura 4. Grado de escolaridad de pacientes con invidencia	48
Figura 5. Terapia en pacientes con invidencia	49
Figura 6. Grados de educación preescolar en pacientes con hipoacusia	50
Figura 7. Grados de educación primaria en pacientes con hipoacusia	51
Figura 8. Frecuencia de cepillado diario	52
Figura 9. Uso de los elementos básicos ideales	53
Figura 10. Acudientes capacitados de los 163 pacientes odontológicos	54
Figura 11. Acudientes no capacitados de pacientes odontológicos	54
Figura 12. Total de acudientes odontológicos	55
Figura 13. Pacientes evaluados en índice de placa bacteriana	55
Figura 14. Índice de placa bacteriana	56
Figura 15. Incremento del índice de placa bacteriana	57
Figura 16. Placa bacteriana	65
Figura 17. Placa bacteriana teñida con colorantes	66
Figura 18. Gingivitis	67
Figura 19. Periodontitis	68
Figura 20. Caries de primer grado	69
Figura 21. Caries de segundo grado	69
Figura 22. Caries de tercer grado	70
Figura 23. Esquema del ataque de la caries	70
Figura 24. Seda denta	71

Figura 25. Técnicas de uso de la seda dental	72
Figura 26. Cepillo dental	72
Figura 27. Técnica universal de cepillado	74
Figura 28. Crema dental	75
Figura 29. Enjuague bucal	75
Figura 30. Visita al odontólogo	76
Figura 31. Alimentos cariogénicos	76
Figura 32. Alimentos no cariogénicos	77
Figura 33. Una boca sana	77
Figura 34. Maloclusiones	78

GLOSARIO

COLOBOMA: cualquier anomalía congénita, de carácter casi siempre dominante, que presentan párpados, iris, cristalino, coroides, retina, y nervio óptico. Sin embargo, se aplica por lo general a la ausencia congénita de la porción inferior del iris.

ERITOBLASTOSIS FETAL: enfermedad congénita en la que predomina una anemia de tipo hemolítico provocada por una incompatibilidad de los factores sanguíneos. Rhesus entre la madre y el hijo.

ESTREPTOMICINA: antibiótico aislado a partir de cultivos de *Streptomyces griseus*, por Waksman en 1945. Es activo sobre bacilos Gram positivos y Gram negativos, pero en especial sobre el *Micobacterium tuberculosis*, en cuyo tratamiento se ha de utilizar asociado para evitar la rápida producción de resistencias.

FIBROPLASIA: formación de tejido fibroso, especialmente en la cicatrización.

HIPOPLASIA: disminución del volumen de un órgano o tejido ocasionado por la disminución de un número total de células. Generalmente da lugar a un desarrollo incompleto de un órgano, con carácter congénito.

INDIVISIBLE: que no puede ser dividido, o no admite ser dividido.

KANAMICINA: antibiótico de amplio espectro, que se obtiene del hongo *Streptomyces Kanamyceticus*; se emplea contra estafilococos, el bacilo tuberculosis y las salmonellas.

NEOMICINA: antibiótico aislado por Waksman en 1949 de cultivos de *Streptomyces fradiae*. Tiene un amplio espectro antibacteriano y actúa incluso sobre el bacilo tuberculoso.

NOSOLÓGICA: relativo a la nosología. Parte de la medicina que tiene como objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades.

TOXEMIA: presencia de sustancias tóxicas, de origen interno o externo.

RESUMÈN

Este protocolo se elaboró con la participación de los acudientes de pacientes discapacitados (Hipoacusia – Invidencia) del Instituto para Niños Ciegos y Sordos de Cali, con duración de dos meses, mediante charlas encaminadas a despejar inquietudes, exponiendo problemas y enfermedades bucodentales más frecuentes en dichos pacientes.

Mediante la capacitación en técnicas de higiene oral dirigida a los acudientes, se pudo ejercer control y supervisión sobre el manejo de la correcta técnica de cepillado como alternativa de prevención, logrando disminuir el índice de placa bacteriana en las primeras semanas de la capacitación, en el proceso del programa se detectó pérdida de interés y falta de cooperación, lo que conlleva al aumento del índice de placa bacteriana, perjudicando de esta forma su calidad de vida.

Finalmente se elaboró un protocolo en técnicas de higiene bucodental, dirigido a los acudientes de pacientes discapacitados (Hipoacusia – Invidencia), el cual maneja un lenguaje sencillo, que pretende concienciar al acudiente, en la importancia bucodental de su hijo, desde sus hogares, lo que optimiza los resultados en la consulta con el profesional.

INTRODUCCIÓN

El manejo de la discapacidad (Hipoacusia - Invidencia) día a día va cobrando mayor interés entre la población de profesionales en la salud, principalmente en aquellos que tienen una concepción integral de la misma.

Para los odontólogos, un paciente discapacitado es aquel que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad; sean de orden físico, mental o sensorial, así como de comportamiento, que para su atención odontológica exigen maniobras, conceptos, equipamiento y personal de ayuda capacitado en atender las necesidades que éstos generan.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dos terceras partes de la población portadora de cualquier discapacidad no reciben atención bucodental alguna, 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 oral.

El desconocimiento de los problemas bucodentales de los pacientes discapacitados (Hipoacusia – Invidencia) asociados a sus propias reacciones emocionales, familiares y las del profesional, crean e incrementan las barreras en el acceso a los servicios de atención básica obligatoria que tiene derecho todo ser humano.

Los planteamientos de esta monografía hacen explícita la necesidad de capacitar al acudiente del paciente discapacitado (Hipoacusia - Invidencia), en técnicas de higiene oral, mediante encuestas, charlas, folletos en prevención y manejo integral para la buena salud bucodental, dirigido no sólo al

personal interesado en el área de la salud, sino al público en general, permitiendo mejorar la calidad de vida de los pacientes.

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Surge de la necesidad de crear un protocolo que capacite a los acudientes de pacientes discapacitados (Hipoacusia – Invidencia), en técnicas básicas de salud bucodental.

2. JUSTIFICACIÓN

Basados en la comunicación con la odontóloga del instituto para niños ciegos y sordos de Cali, se detectó que la higiene bucodental de los pacientes discapacitados (Hipoacusia – Invidencia), es deficiente debido a la escasa participación de los acudientes, en la supervisión de la higiene bucodental de sus hijos, siendo más propensos a presentar problemas o enfermedades bucodentales.

3. PROPÓSITO

Se pretende con esta revisión literaria promover la elaboración de un protocolo que acentúe la participación e integración del acudiente del paciente discapacitado (Hipoacusia – Invidencia) en el cumplimiento, mejoramiento y mantenimiento de una buena salud bucodental.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar un protocolo que capacite en técnicas de salud bucodental a los acudientes de pacientes discapacitados (Hipoacusia – Invidencia), siendo los responsables de los niveles primarios de prevención. Sólo a través de la integración de todas las personas que intervienen en el cuidado de los pacientes, puede esperarse el éxito, mejorando su calidad de vida mediante el adecuado manejo y control de su salud bucodental.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Educar de forma teórico - práctica a los acudientes para ser considerados como una unidad, atendiendo los principios de aprender a conocer, aprender a ser y enmarcar esa formación en un cuadro de valores y de educación continua e integrada.
- Fortalecer la función y los roles de la familia respecto a la capacitación de normas de higiene oral, estimulando su participación en el proceso educativo.
- Contribuir a la equidad social brindando oportunidades de salud bucodental que a partir de diferencias iniciales produzcan resultados homogéneos de alta calidad.
- Educar con calidad en todos los niveles, promoviendo una relación eficaz entre los procesos de enseñanza, aprendizaje y sus resultados a una salud bucodental equilibrada y acorde al tipo de discapacidad del paciente.

- Ampliar la cobertura de la educación en salud bucodental con énfasis en los niveles socio-económicos culturales bajos y medios.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 METODOLOGÍA

5.1.1 Encuesta: Instrumento de trabajo.

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SECCIONAL CALI

A continuación se mencionan algunos de los problemas más frecuentes de la salud bucodental de su hijo, favor señale con una X al frente de cada pregunta:

1. ¿Su hijo a recibido atención odontológica? SI NO

Si su respuesta es sí, señale cómo ha sido la relación odontólogo – paciente.

BUENA

REGULAR

MALA

2. ¿Con que frecuencia visita su hijo él odontólogo?

Nunca

Cada tres meses

Cada seis meses

Cada año

3. ¿Motivo de consulta odontológica de su hijo?

Prevención

Urgencia

Control

Dolor

¿tipo de dolor y en que área? _____

4. ¿Frecuencia de cepillado bucodental, al día de su niño?

Nunca

Una

Dos

Tres

5. ¿Supervisa la higiene oral de su hijo?

SÍ NO

6. ¿Ha recibido capacitación en técnicas en higiene bucodental dirigidas a su hijo?

SÍ NO

Si su respuesta es sí, explique en breves palabras cómo la realiza.

7. ¿Qué ayuda utiliza para la higiene bucodental de su hijo?

Cepillo dental

Crema dental

Seda dental

Enjuagues

Palillos

Otros

8. ¿Revisa usted la boca de su niño? (dientes, encías, mejillas, labios, lengua).

SÍ NO

9. ¿Ha encontrado alteraciones que usted considere anormales? descríbalas.

SÍ NO

10. Si tiene alguna inquietud con respecto a la higiene bucodental y/o problemas, menciónelos.

5.1.2 Charlas dirigidas a los acudientes de pacientes con discapacidad (Hipoacusia- Invidencia)

- Identificación de problemas por parte de los acudientes.
- Enfermedades bucodentales más frecuentes en pacientes discapacitados (Hipoacusia – Invidencia), en el consultorio odontológico.
- Capacitación en técnicas de higiene oral dirigida a los acudientes de pacientes discapacitados (Hipoacusia – Invidencia).
- Importancia de prevención y control de la salud bucodental en pacientes discapacitados (Hipoacusia – Invidencia).

Estas charlas se apoyaron con material didáctico (video cassette, macro modelos, carteleras) y revisión de literatura.

5.2 POBLACIÓN BENEFICIADA

Trabajo integral en el *Instituto para Niños Ciegos y Sordos de Cali* ubicado en la Carrera 38 No. 5B-138, desarrollado en niños vinculados en este programa con edades de tres a doce años. El tiempo de duración de este programa es de dos meses.

6. MARCO TEÓRICO

La odontología para el paciente discapacitado ha sido hasta el día de hoy un gran compromiso para el desarrollo de la actividad profesional, ya que requiere de una diferenciación en la aplicación de técnicas odontológicas impuestas por la discapacidad de cada uno de los pacientes dependiente de un manejo de conducta específica. La capacidad para atender el discapacitado requiere compromiso del profesional en cuanto a mejorar la calidad de vida de dichos pacientes.

Una persona discapacitada es "cualquier individuo que tiene un trastorno físico y/o mental que limita en forma importante una o más de las actividades principales de la vida como cuidarse a sí mismo o realizar tareas normales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender, jugar y trabajar".¹²

La discapacidad se puede presentar de forma limitada, total o parcial; temporal o permanente.

6.1 DERECHOS DEL DISCAPACITADO

Sólo en los últimos tiempos los discapacitados se han agrupado, principalmente a través de sus padres, que han levantado la voz para defenderlos; y aunque no han realizado marchas públicas, ni han planteado exigencias, al igual que todo grupo discriminado tendrán razones para hacerlo.

Los prejuicios y la discriminación hacia los discapacitados se basan fundamentalmente en errores, ignorancia y temores que han sido transmitidos por la cultura. Es una cuestión de ideas mal interpretadas respecto a las causas de las discapacidades, ignorancia o temor, respecto a las reacciones misteriosas que producen. Estas actitudes han cimentado las bases para segregar a

¹² BARBER Thomas; LUKE Larry S. Odontología pediátrica. México: El Manual Moderno, 1992.

los discapacitados en instituciones, hospitales u organismos locales, "lugares a los que ellos no pertenecen". De esto se infiere que no tienen lugar en el mundo normal.⁵

Era especialmente frustrante la actitud de muchos educadores que pregonaban la igualdad de oportunidades cuando educaban a los discapacitados en sus propios distritos, pero se negaban a contratarlos como maestros o asistentes cuando se graduaban, aún cuando estaban más que calificados para la tarea. Esta actitud persiste aunque hay pruebas fehacientes que contratar a un discapacitado resulta muy rentable, que los individuos ciegos, paralíticos o sordos, por ejemplo, son empleados sobresalientes, triunfadores, hábiles y confiables.

En realidad fue difícil, inclusive, convencer a algunos empleadores que había discapacidades que eran ventajosas en ciertas situaciones de trabajo. La sordera puede ser una cualidad en las fábricas ruidosas, la ceguera causaría muy pocos o ningún problema en un cuarto de revelado fotográfico.

La respuesta es simple: La clave para saber a qué nivel de civilización ha llegado una sociedad está en el modo en que trata a sus minorías, especialmente si se trata de una sociedad basada en el principio de "igualdad y justicia para todos y especialmente para aquellos pacientes discapacitados, sin importar su sexo, raza, credo, condición social, etc."¹²

Es un claro indicio del nivel de actitud humanista que las personas sienten unas por otras. Albert Schweitzer dijo "el hombre único y verdaderamente humano era capaz de ver el sufrimiento de cada hombre, las necesidades de cada hombre, la desesperación de cada hombre, el dolor de cada hombre, como si fuera el suyo propio".¹²

⁵ BERNEI; MUHLER. Medidas preventivas para mejorar la práctica odontológica. 1ª Ed. Chile, 1990

¹² Op. cit.

¹² Op. cit.



Es muy triste que los derechos humanos deban ser en muchos casos legislados. Las reglamentaciones deban estar redactadas de tal forma que produzcan acciones y respuestas básicamente humanas. Deben crearse leyes para evitar que los hombres, mujeres y niños sean relegados a la esclavitud, a la situación de ciudadanos de segunda o a la desesperación, a pesar que se ha argumentado con frecuencia que nos es posible legislar sobre los valores y los sentimientos.

La responsabilidad para el tratamiento de este grupo de pacientes ha sido asumida fundamentalmente por los odontopediatras y unos cuantos odontólogos generales. Sin embargo, las técnicas médicas bastante mejoradas, han aumentado en forma significativa la duración de la vida de numerosos individuos discapacitados y por lo tanto, requiriendo mayor atención odontológica. Aunque los odontopediatras están tratando a niños discapacitados en una proporción mucho mayor de como lo hacían en el pasado, no son capaces de proporcionar cuidado para el creciente número de adultos de este tipo. Por lo tanto, se ha hecho necesario que más odontólogos generales comiencen a proporcionar las atenciones dentales necesarias para los discapacitados.⁸

Numerosas son las razones que se dicen para no tratar a las personas discapacitadas en la práctica privada:

- Se requiere demasiado tiempo para realizar los procedimientos.
- El paciente puede tener una urgencia médica, que ponga en peligro su vida.
- Los fondos para el tratamiento son difíciles de obtener.
- Los procedimientos son bastantes difíciles.
- El odontólogo no ha recibido entrenamiento especial.

⁸ BRAHAM – MORRIS. Odontología pediátrica. San Francisco, 1989

- El odontólogo no tiene el equipo especial necesario.
- Al odontólogo le atemoriza enfrentarse con una persona discapacitada.

Aunque todos los problemas enumerados anteriormente pueden ocurrir en algún momento, rara vez se encuentran en combinaciones que conduzcan a las dificultades asociadas con el discapacitado. Sólo un pequeño porcentaje de pacientes requiere equipo especializado, hospitalización o el uso de técnicas no familiares para recibir tratamiento. La inmensa mayoría de individuos discapacitados pueden ser tratados con eficacia por especialistas u odontólogos generales en la práctica privada con escasas consideraciones adicionales.¹

6.2 CONSIDERACIONES PRÁCTICAS

- Deberá presentarse atención especial a la elaboración de la historia clínica, médica y dental donde se resumirá brevemente el diagnóstico del médico tratante en el ámbito interdisciplinario.
- Evolución radiográfica siempre que su discapacidad lo permitiese.
- Los programas de odontología preventiva son enfocados hacia:
 - Cuidados de higiene oral en el hogar (cepillado y control de placa).
 - Dieta y nutrición (atención particular al destete y a la ablactación al erupcionar los dientes).
 - Fluorizaciones (sistémico-tópico).
 - Restauraciones preventivas.

¹ KATZ; McDONAL; STOOKEY. Odontología preventiva en acción. 3ª Ed. España, 1992

- Restauraciones definitivas y corrección de maloclusiones siempre que sean compatibles según el criterio profesional con el grado de discapacidad.
 - Es de vital importancia la supervisión profesional periódica.²
-
- Si el grado de discapacidad impide la cooperación del paciente, el profesional debe considerar alternativas como la contención física, utilizando sábana triangular o toalla y cinta para limitar sus movimientos, y si es necesario, anestesia general para poder efectuar los procedimientos odontológicos requeridos.
 - No debe emplearse el castigo sin explicación previa y debida autorización de los padres o acudientes, preferiblemente escrita, firmada y con huella.

6.3 PLAN DE TRATAMIENTO PARA EL PACIENTE DISCAPACITADO

6.3.1 Estudio del paciente

Su propósito es reunir información básica que ayude en el consultorio a planear la primera cita dental del paciente. Si se hace de una manera agradable, categórica e inteligente, también puede establecerse una credibilidad y una confianza que facilitará el tratamiento futuro.

El contacto inicial con el paciente o con el acudiente, es a menudo por teléfono. Por lo tanto, el proceso de estudio e investigación es, fundamentalmente, responsabilidad de la recepcionista del consultorio, la cual debe estar familiarizada con todos los aspectos del tratamiento dental del paciente discapacitado.

² D' SNAWDER, Kenneth. Manual de odontopediatría clínica. 3ª Ed. México, 1982

Es útil tener formas impresas para los antecedentes del paciente con el objeto de ayudar a la recepcionista en el proceso de información y recolección de datos. Las áreas a cubrir, incluyen, información bibliográfica básica, diagnóstico médico, medicamentos actuales, estado ambulatorio, nombre del médico y fecha de la última visita, fecha del último examen físico, fecha del último tratamiento dental e información financiera.

Cuando el proceso de estudio ha terminado, deberá hacerse la cita; deben hacerse las consideraciones apropiadas acerca de los problemas particulares del paciente antes de decidir el momento de ésta. Al paciente se le informará respecto a la ubicación del consultorio, el estacionamiento, el acceso al edificio y los procedimientos que se realizan durante la primera visita incluyendo el tiempo aproximado de la consulta. Por último, la recepcionista deberá establecer la disponibilidad del consultorio para contestar preguntas o ayudar con cualquier problema que pudiera surgir, respecto a la visita planeada.¹²

6.3.2 Historia médica

La información médica obtenida es un cuestionario normal de antecedentes de la salud, es suficiente para la mayoría de los pacientes dentales. Sin embargo, la persona discapacitada a menudo tiene una historia médica complicada que exige más investigación. En estos casos el odontólogo no deberá dudar en pedir información adicional a los profesionales de salud o las instituciones que han intervenido en el cuidado primario del paciente discapacitado. Los informes que ha menudo han probado ser valiosos en el estudio del paciente incluyen resúmenes médicos, reportes de exámenes físicos, reportes de hospitalizaciones y evaluaciones psicológicas. Puede ser aconsejable solicitar a los acudientes de pacientes discapacitados que proporcionen un informe reciente de un examen físico como parte de la historia clínica normal; de este modo es posible disponer de información confiable y al día, para ayudar a construir un perfil médico del paciente.¹²

¹² Ibid.

¹² Ibid.

6.3.3 Consulta médica

Muchas personas discapacitadas y con problemas de salud están bajo supervisión continua de un médico. El manejo exitoso de ciertos procesos patológicos requiere contacto frecuente médico – paciente y a menudo involucra cambios en el tratamiento, especialmente los tipos y concentraciones de los medicamentos. Estos hechos acentúan la necesidad para una comunicación y cooperación interdisciplinaria en el cuidado extenso de los pacientes. En estos casos, el odontólogo debe asumir la responsabilidad de comunicarse con el médico del paciente. Es importante para la salud y seguridad del paciente, establecer una relación que estimule la discusión libre sobre su condición pasada y su tratamiento futuro. Los procedimientos dentales se explicarán en detalle incluyendo la cantidad calculada de hemorragia (si es que la hay), el tiempo de curación, la posibilidad de infección y la tolerancia del paciente. La comunicación puede ser por teléfono o carta y siempre deberá registrarse en el expediente del paciente. Estos intercambios de información hacen posible tratar al paciente de una manera más eficaz, segura y con mayor confianza.¹²

6.3.4 Consultas

Numerosas circunstancias pueden hacer difícil el planeamiento de la consulta para el paciente discapacitado. Será necesario reunir tanta información acerca de estadio médico del paciente, horario de medicamentos, medio de vida, medio de transportación antes de su consulta. Como se mencionó en un principio, la mayor parte de estas informaciones se investiga durante el proceso inicial del estudio.

Muchos pacientes no son capaces de soportar consultas prolongadas debido que se fatigan con facilidad o toleran poco la tensión. Para ellos las consultas deben ser cortas y tan libres de tensión como sea posible. El estado médico del paciente en ocasiones afectará el tiempo utilizado para la consulta.

¹² Ibid.

Algunos pacientes tendrán medio de transporte y de vida que influya en la posibilidad de hacer y cumplir sus citas; es importante valorar estos hechos para evitar problemas en los horarios de consultas. Es posible que el consultorio ayude al paciente remitiéndole cuestionarios acerca de su transportación o poniéndolo en contacto con organizaciones que lo ayuden a ordenar y proporcionar transporte. Una vez que el contacto se ha establecido y el procedimiento está claro, estos problemas se vuelven de rutina y no requieren demasiado esfuerzo.

Es útil mantener un registro de la duración de las consultas y hacer un breve resumen del estado después de cada procedimiento. Esta información es útil para planear las consultas futuras y establecer la tolerancia total del paciente al tratamiento dental.

6.4 HIPOACUSIA

La hipoacusia es una forma de discapacidad que se suele pasar por alto, debido a que puede no ser muy evidente; la hipoacusia total afecta a 1,8 millones de personas, y en los EE.UU. existen 14 millones de personas con alteraciones en la audición. Casi de forma inevitable, también afecta el habla. Si esta discapacidad es lo suficientemente intensa como para que el odontólogo no se pueda comunicar verbalmente con los pacientes, debe utilizar la vista, el gusto y el tacto para establecer comunicación con los pacientes y permitirles que cuenten sus experiencias de tipo odontológico. Se muestra la forma en que están relacionados los problemas psicológicos y del habla con los diferentes grados de hipoacusia. En muchas ocasiones, los casos de hipoacusia leve no son diagnosticados, lo cual da lugar a problemas durante el tratamiento, debido a la mala interpretación de las instrucciones; por otra parte, es frecuente que los pacientes que padecen grados mayores de hipoacusia ya hayan desarrollado problemas psicológicos y sociales que hacen más compleja su asistencia dental. La hipoacusia no se acompaña de ningún trastorno dental específico.⁷

⁷ McDONALD, Ralph E.; AVERY; David R. Odontología pediátrica y del adolescente. 6ª Ed. Madrid: Mosby/Doyman Libros, 1995.

6.4.1 Etiología de la hipoacusia

6.4.1.1 Factores prenatales

- **Infecciones virales como gripe y rubéola:** En la gripe el principal virus es el haemophilus influenza y la rubéola, que es una infección aguda benigna predominantemente infantil, está producida por un toga virus que cuando afecta a una embarazada puede anidar en la placenta, rompiendo la barrera placentaria, llegando a la circulación fetal e infectando al feto. Si esta infección se produce en el periodo de embriogénesis puede generar malformaciones en el feto.
- **Sífilis congénita:** Cuando es adquirida en el periodo intrauterino del desarrollo, afecta al feto por la ruptura de la barrera placentaria, lo que permite el paso del treponema pallidum de la madre al feto produciendo algunas malformaciones en unos u otros órganos dependiendo del periodo en que se produjo la infección del feto. Quizás las más frecuentes son la queratitis y la sordera.
- **Fármacos que afectan la audición:** Fármacos ototoxicos. Los antibióticos aminoglúsidis, los salicilatos, la quinina y sus derivados sintéticos y los diuréticos. Aunque afectan tanto la porción auditiva como la vestibular del oído interno, estos fármacos son especialmente tóxicos para el órgano de Corti.
 - **Estreptomicina:** Lesiona la porción vestibular del oído interno más fácilmente que la porción auditiva. Del 4 al 15% de los pacientes que reciben 1g/d durante más de una semana desarrollan una sordera mensurable, que suele aparecer tras un corto periodo de latencia (7 a 11 días) y que empeora lentamente sin tratamiento, la consecuencia puede ser una sordera completa o permanente.
 - **Neomicina:** Es el antibiótico con mayor efecto tóxico coclear.

- **Kanamicina y amikacina:** Tienen un potencial tóxicococlear similar al de la neomicina.
- **Vomicina:** Presenta toxicidad coclear y vestibular.
- **Vancomicinas:** Producen sordera especialmente en presencia de insuficiencia renal.
- **Gentamicina y tobramicina:** Tienen propiedades tóxicas para el vestíbulo y la coclea en el hombre.
- **Ácido etacrínico:** Administrado por vía intravenosa, ha provocado una sordera profunda y permanente en los pacientes con insuficiencia renal, que recibían tratamiento antibiótico concomitante con aminoglicosidos.
- **Salicilatos:** Producen sordera y acúfenos habitualmente reversibles.
- **Quinina:** Causa de sordera permanente.

6.4.1.2 Factores perinatales

- **Toxemia gravídica:** Enfermedad propia del embarazo, se caracteriza por una HTA.
- **Prematuridad:** Se dice al nacido antes de tiempo. Después de los siete meses los prematuros ya son viables, cuando ocurre antes, corren el riesgo de venir con defectos, ejemplo hipoacusia por la no formación de estructuras auditivas.
- **Traumatismo de parto:** La incidencia de lesiones neonatales debidas a un parto difícil o traumático es cada vez menor. Se puede prever un parto traumático cuando la madre presenta diámetros pélvicos pequeños o en caso de presentaciones anormales como pueden ser la de los glúteos.

- **Anoxia:** Ausencia o déficit de oxígeno, con incremento de gas carbónico en la sangre fetal, lo que produce acidosis intrauterina que es la causa del sufrimiento fetal. Si no se trata adecuadamente, puede ocasionar lesiones cerebrales irreversibles.
- **Eritroblastosis fetal:** Enfermedad hemolítica fetal, secundaria a la incompatibilidad de Rh. En estos casos, los anticuerpos maternos anti Rh pasan a través de la placenta al feto, produciéndose una hemólisis en el mismo. La hemólisis es causa de anemia y de la aparición subsiguiente de eritroblastosis en la sangre fetal.

6.4.1.3 Factores postnatales

- **Parotiditis:** Enfermedad vírica generalizada aguda y contagiosa que suele causar un aumento de tamaño doloroso de las glándulas salivales, más frecuente en las parótidas.
- **Sarampión:** Enfermedad infecciosa que afecta principalmente niños y es altamente contagiosa. Produce hiperplasia linfoide, coriza, conjuntivitis, etc. Es benigno y lo que tiene mayor importancia son las complicaciones que se producen por infecciones bacterianas secundarias como la otitis media donde el agente es el paramixovirus.
- **Varicela:** Enfermedad infecciosa de la infancia producida por el virus varicela zoster del grupo herpes virus.
- **Poliomielitis:** Enfermedad infecciosa aguda originada por un grupo de entero virus con propiedades hematótróficas; produce parálisis facial con hipotonía, arreflexia y posteriormente atrofia.
- **Meningitis:** Inflamación de las mucosas.

- **Fármacos que afectan la audición:** Como ácido acetilsalicílico, estreptomina, neomicina, kanamicina, etc.⁷

6.4.2 Factores que el odontólogo debe tener en cuenta en el manejo de pacientes discapacitados con hipoacusia

- Preparar a los padres o acudientes y al paciente antes de la primera visita mediante una carta de bienvenida en la que se recojan los procedimientos que se van a llevar a cabo, y en la que se incluya un impreso de la historia clínica.
- Durante la primera visita, permitir a los padres o acudientes y al paciente determinar la forma de comunicación que prefiere utilizar (por ejemplo, intérprete, lectura de labios, lenguaje de signos, notas por escrito o alguna combinación de éstas). Buscar maneras de mejorar la comunicación. Aprender algún lenguaje básico de signos. Mirar de frente al paciente y hablarle normalmente y de forma directa, sin gritarle. Las expresiones faciales exageradas y la utilización de jerga dificultan la lectura de los labios, incluso las personas que dominan mejor esta técnica comprenden únicamente del 30 al 40% de lo que se les dice.
- Valorar la capacidad para el habla y el lenguaje, así como el grado de alteración de la audición, al realizar la historia clínica del paciente. Conocer la edad de inicio, el tipo, el grado y la causa de la hipoacusia, y así también si otros miembros de la familia presentan este problema.
- Facilitar la visibilidad para mejorar la comunicación. Observar la expresión facial del paciente. Asegurar que comprende en qué consiste el equipo dental, qué es lo que va a realizar con él y qué es lo que va a sentir. Indicarle que realice gestos con la mano cuando tenga algún problema.

⁷ Op- cit.

- Tranquilizarlo mediante el contacto físico; cogerle la mano al principio, o bien ponerle la mano en el hombro de forma tranquilizadora. Explicarle que tiene salir un momento, siempre que tenga que abandonar el consultorio.
- Utilizar el enfoque de decir-mostrar-sentir, con ayudas visuales; permitirle que vea el instrumental, explicándole cómo funciona. Técnica T M H (Toque – Muestra – Haga) para adaptar al niño al tratamiento odontológico.
- Mostrar confianza; sonreír y realizar gestos tranquilizadores para ganar la confianza del paciente y disminuir su ansiedad. Dedicar más tiempo en cada visita.
- Evitar el bloqueo del campo visual del paciente, especialmente con el dique de goma.
- Ajustar el audífono (si el paciente lleva uno) antes de poner en marcha los instrumentos, debido que este dispositivo amplificará todos los sonidos. En muchas ocasiones, el paciente preferirá que esté desconectado.
- Comprobar que el paciente y sus padres o acudientes comprenden las explicaciones relativas al diagnóstico, tratamiento, forma de pago. Los pacientes con hipoacusia presentan diferentes niveles de dificultad con el idioma correspondiente.

6.5 INVIDENCIA

La invidencia afecta hoy en día a más de 30 millones de personas. La lista que se incluye a continuación contiene algunas de las causas conocidas de invidencia; no obstante en más del 35% de los casos, la causa es desconocida o no ha sido diagnosticada.

La invidencia no es un fenómeno de todo o nada; se considera que una persona está afectada por invidencia cuando su agudeza visual no excede de 20/200 pero se acompaña de un campo visual no superior a 20 grados.⁷

6.5.1 Etiología de la invidencia

6.5.1.1 Factores prenatales

- **Atrofia óptica:** Degeneración de las fibras del nervio óptico, entre la papila y el quiasma de muy diversa etiología, cursa con palidez de la papila y disminución de la agudeza visual.
- **Cataratas:** Opacidad parcial o total del cristalino que puede aparecer en cualquier momento de la vida, incluso en el recién nacido, pero es mucho más frecuente a partir de los cincuenta años.
- **Coloboma:** Alteración congénita en la que se produce un déficit en el cierre o la soldadura de la fisura óptica durante el desarrollo embrionario, que puede afectar el desarrollo de la parte inferior de distintas estructuras oculares.
- **Toxoplasmosis:** Infección producida por el toxoplasma gondy, durante el embarazo puede afectar al feto, produciendo la toxoplasmosis congénita que es causa de malformaciones fetales, como por ejemplo la cororretinitis.
- **Malformaciones congénitas de la órbita:** Como son glaucoma y catarata congénita.

6.5.1.2 Factores postnatales

- **Fibroplasia retrolental:** Retinopatía del recién nacido, proceso retiniano que tiene lugar en los recién nacidos de bajo peso que han sido sometidos a unas concentraciones altas de oxígeno en la incubadora.

⁷ Ibid.

- **Policitemia vera:** Síndrome mieloproliferativo crónico que se caracteriza por una proliferación incontrolada de la línea eritropoyética. Los pacientes presentan astenia, pérdida de peso, vértigo y alteraciones visuales.
- **Leucemia:** Concepto que agrupa las proliferaciones malignas de células hematopoyéticas, que se caracteriza por un reemplazo difuso del desarrollo de las células mieloides normales.
- **Diabetes mellitus:** Conjunto de enfermedades que tienen como síntoma común polidipsia y poliuria; su principal manifestación clínica es el glaucoma que se acompaña con pérdida de la agudeza visual.
- **Glaucoma:** Proceso que se caracteriza por la presencia de una presión intraocular lo suficientemente elevada como para producir una atrofia progresiva del nervio óptico, que se manifiesta por defectos progresivos del campo visual.

La invidencia es un trastorno que puede dar lugar a ingresos hospitalarios frecuentes, separación de la familia y desarrollo social lento. Debido que son difíciles de valorar las capacidades del paciente invidente, en muchas ocasiones se considera que presenta un retraso del desarrollo general confundiendo con retardo mental.

Se deben considerar todos los aspectos del desarrollo del paciente invidente. Con mucha frecuencia, al principio los padres expresan sentimientos de culpa y protegen excesivamente o rechazan al paciente, lo que hace que no desarrolle capacidades de autodefensa y que esté a menudo retrasado; en términos generales, se interpreta erróneamente como retraso mental. La valoración de las actitudes de los acudientes tiene una gran importancia para el control de la conducta de estos pacientes. Además, el paciente invidente puede presentar actividades de auto estimulación como apretarse los ojos, dar golpecitos con los dedos, balancearse y dar golpes con

la cabeza, por tanto, es útil valorar el grado de socialización del paciente en lo relacionado al seguimiento de su conducta en el entorno odontológico.

Se deben diferenciar los pacientes que han presentado visión en algún momento y que después quedaron invidentes, de los que nunca han tenido visión y que, por tanto, no forman conceptos visuales. En estos últimos son necesarias más explicaciones para ayudarles a comprender el entorno odontológico. El odontólogo debe tener en cuenta que los pacientes con invidencia congénita necesitan mayores muestras de afecto y cariño en sus primeros años de vida, y que son pacientes intelectualmente diferentes de los pacientes que son invidentes pero no de forma congénita. Aunque las explicaciones se pueden llevar a cabo a través del tacto y el oído, se pueden reforzar utilizando también el gusto y el olfato. Todas estas modalidades de comunicación son extremadamente importantes para los pacientes invidentes, debido que les permiten aprender a superarse. Una vez que desarrollan el habla, los demás sentidos adquieren una importancia cada vez mayor, de manera que su desarrollo final es comparable al de los pacientes con visión.

La actividad motora influye en el desarrollo del lenguaje y la percepción. Los pacientes invidentes suelen tener más accidentes que los demás durante los primeros años de desarrollo, mientras adquieren la destreza motora.

En estos pacientes son más frecuentes los dientes hipoplásicos y los traumatismos en los dientes anteriores. Los pacientes invidentes también sufren inflamación gingival con mayor frecuencia, debido que no pueden ver y eliminar la placa. Los demás trastornos dentales los presentan con una frecuencia similar a la de la población general.⁴

⁴ B, FINN SYDNEY, Odontología pediátrica Quinta edición Texas 1990

6.5.2 Factores que el odontólogo debe tener en cuenta en el manejo de pacientes discapacitados con invidencia

- Determinar el grado de alteración visual (por ejemplo, ¿puede el paciente distinguir la luz de la oscuridad?).
- Si el paciente acude con una persona que lo acompaña, comprobar si ésta puede actuar como intérprete. En caso contrario, dirigirse al paciente.
- Evitar las expresiones de pena o las referencias a la invidencia.
- Al introducir al paciente al consultorio preguntarle si desea ayuda. No agarrar, mover o detener al paciente sin advertirle verbalmente antes. Animar a los padres a que los acompañen a la consulta.
- Describirle la consulta y cualquier tipo de procedimiento que se le vaya a realizar antes de iniciarlo.
- Al establecer contacto físico con el paciente, hacerlo de forma tranquilizadora.
- Presentarle de manera informal al resto del personal de la consulta.
- Permitirle que haga las preguntas que quiera sobre el desarrollo del tratamiento, y responderlas; tener siempre en cuenta que el paciente tiene un carácter muy individual, sensible y obediente.
- Dejarle que lleve puestas gafas, si ello le da una sensación de protección y seguridad.

- Evitar las referencias visuales.
- En vez del enfoque decir-mostrar-sentir, antes aludido, invitar al paciente a utilizar el gusto, tacto y olfato, teniendo en cuenta que estos sentidos son muy agudos. Cambiar la regla DMH (diga, muestra y haga) por TSH (toque, sienta y huelo).
- Describir detalladamente los instrumentos y dispositivos que se van a utilizar en la boca del paciente.
- Dejar que toque y rasgue los dispositivos de goma.
- Cogerle la mano al paciente; suele relajarle.
- Puesto que puede rechazar los sabores fuertes, utilizar en cantidades pequeñas los materiales dentales con esta característica.
- Explicarle los procedimientos de higiene oral y después, cogerle la mano para guiar despacio el cepillo de dientes.
- Utilizar cintas de radiocasete y folletos dentales en sistema Braille, en los que se expliquen los distintos procedimientos dentales, para informarle y disminuir su tiempo de permanencia en la consulta, y evitar los sonidos intensos e inesperados producidos por la intensidad del sonido de la pieza de alta velocidad.
- Anunciar las entradas y salida del consultorio.

- No limitar la asistencia dental del paciente a un solo odontólogo, por ser perjudicial en caso de ser remitido.
- Mantener un entorno tranquilo y relajado, hacer descripción de la distribución del consultorio.

La asistencia dental del paciente invidente se lleva a cabo con mayor eficacia cuando se comprenden en su totalidad las circunstancias que rodean a este tipo de pacientes.

Lo mejor es la implicación de un equipo formado por todos los profesionales de salud relacionados con la atención del paciente, prevención y la asistencia continua son de suma importancia. El tratamiento debe ser individual, sensitivo y responsable.

6.6 POTENCIALIDAD HUMANA EN ODONTOLOGÍA

Un método para mejorar el estado dentario general de cualquier comunidad es un programa bien amplio para niños. Constituir organizaciones de padres de familia y maestros, hacer que los odontólogos de la comunidad realicen exámenes en las escuelas y muy importante, hacer que los odontólogos dediquen una parte de su tiempo operatorio al cuidado de los pacientes. Participando en un programa así, el odontólogo general probablemente beneficiará a la comunidad.

6.6.1 Programa de salud oral

Es importante que el paciente niño comience a visitar el consultorio odontológico a una edad temprana, vale decir, cuándo tenga dos o tres años. A esta edad, generalmente no se necesita hacer nada serio y el odontólogo con el niño puede relacionarse en condiciones favorables. El profesional debe tomarse unos minutos para mostrarle al niño el instrumental y dedicar algunos segundos, simplemente a jugar con él. Esto no es una tontería ni una pérdida de tiempo, porque

si el niño no entra al consultorio hasta que tenga seis o siete años, puede haber experimentado un dolor de dientes y es probable que su primera experiencia con el odontólogo sea desagradable.

Deben tomarse radiografías lo más pronto posible. A la edad de cuatro años o indudablemente antes de los seis años, al niño se le debe haber realizado un exámen radiológico periapical completo; es tan importante esto, que ningún odontólogo debe considerar un exámen y diagnóstico sin tener primero las radiografías.

En las comunidades con poco flúor, deben hacerse a la edad de tres años, las primeras series de aplicaciones tópicas de fluoruro de sodio. Esto implica una limpieza a fondo, un procedimiento ideal para comenzar, porque el pequeño se familiariza con el equipo y con los procedimientos del odontólogo teniendo así una mejor disposición para las cosas menos agradables que pueden venir en el futuro. En este momento, el odontólogo debe interrogar sobre los hábitos alimentarios del pequeño y aconsejar a los padres respecto a la importancia de una dieta adecuada, etc. Los odontólogos deben tener presente que los niños no son excluidos de los consultorios odontológicos como pacientes indeseables. Si los odontólogos no desean tratar niños en su práctica privada, "remitirlos donde el especialista".

Otro factor influye, por cierto, en la prevención de las enfermedades dentarias, es el estado educacional del odontólogo. Sólo unos pocos años atrás, se aceptaba en general, que el deber principal del odontólogo era simplemente obturar y extraer los dientes que molestaban al paciente. A medida que los niveles educacionales se elevaron, también se elevó el ejercicio de la odontología, pero aún hoy en día, muchos profesionales practican simplemente lo que se les enseñó en la universidad y se esfuerzan poco por aumentar sus conocimientos, en cursos, post-grados y de educación continuada. Como la odontología está progresando rápidamente, se necesita mucho más tiempo para aprender nuevos métodos y nuevas técnicas.¹⁰

¹⁰ CÁRDENAS JARAMILLO, Darío. Fundamentos de odontología. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB), 1996.

6.6.2 Control del dolor

Muchos odontopediatras piensan que la clave de una operatoria dental acertada en el consultorio, es el manejo adecuado y cómodo de los pacientes; el uso de un anestésico local puede hacer más agradable y menos doloroso un procedimiento; debe utilizarse con aplicaciones precedidas de anestesia tópica en forma de pasta en el lugar de la infección y esto también mejorará la calidad de la operatoria dental.¹

¹ Op. cit.

7. RESULTADOS

En la elaboración del protocolo, se inició con la participación de los acudientes de los pacientes discapacitados (Hipoacusia – Invidencia), quienes expusieron las necesidades más frecuentes en la salud bucodental de sus hijos y los resultados obtenidos en orden de importancia de mayor a menor fueron los siguientes:

- Para qué, si los dientes de leche se les van a caer.
- Los dientes que salen están torcidos.
- No tengo tiempo porque trabajo todo el día y se me dificultan los horarios de las charlas.
- Presentan manchas en los dientes.
- Cepillarse con crema dental, le produce vómito o dice que le arde la lengua.
- Se traga la crema dental.
- Llora cuando tiene que cepillarse.
- Le da pereza cepillarse.

El instituto cuenta con 300 niños con edades comprendidas entre los tres y doce años, de los cuales 137 están controlados y 163 reciben tratamiento odontológico, logrando así que el 100% de los pacientes tengan contacto directo con el odontólogo, lo cual facilita el manejo de los pacientes:

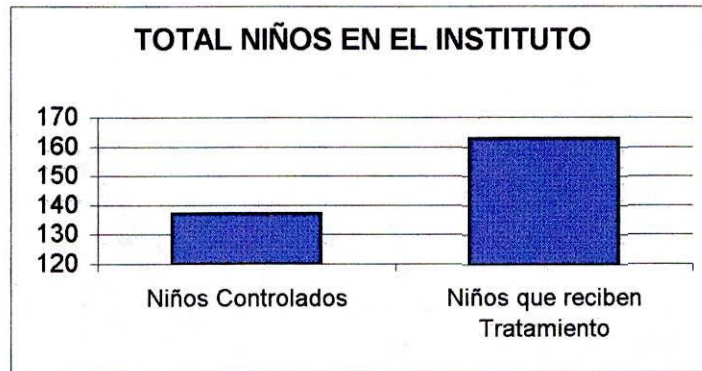


Figura 1

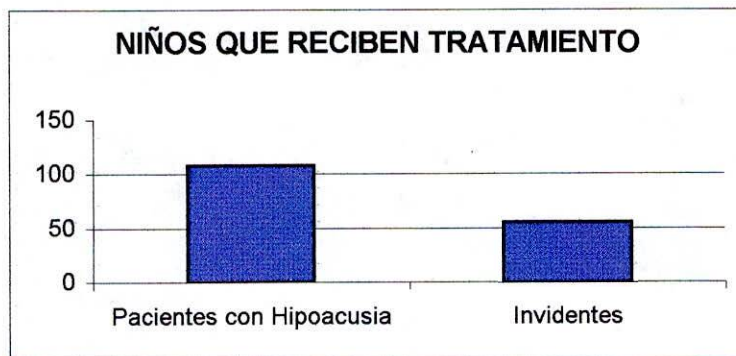


Figura 2

De los 163 niños que reciben tratamiento odontológico, 108 son pacientes discapacitados con hipoacusia y 55 de ellos son invidentes; presentan edades comprendidas entre 3 y 12 años.

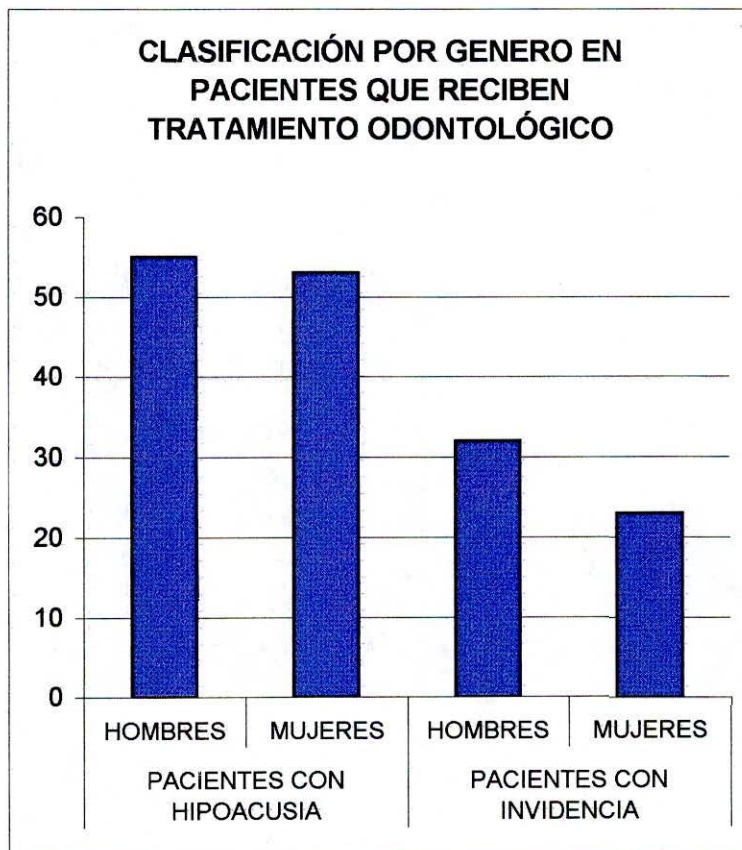


Figura 3

De los 108 pacientes con hipoacusia 55 son hombres y 53 mujeres. De los 55 con invidencia, 32 son hombres y 23 mujeres.

Clasificación de pacientes del Instituto para niños ciegos y sordos determinada por grado de escolaridad y edad:

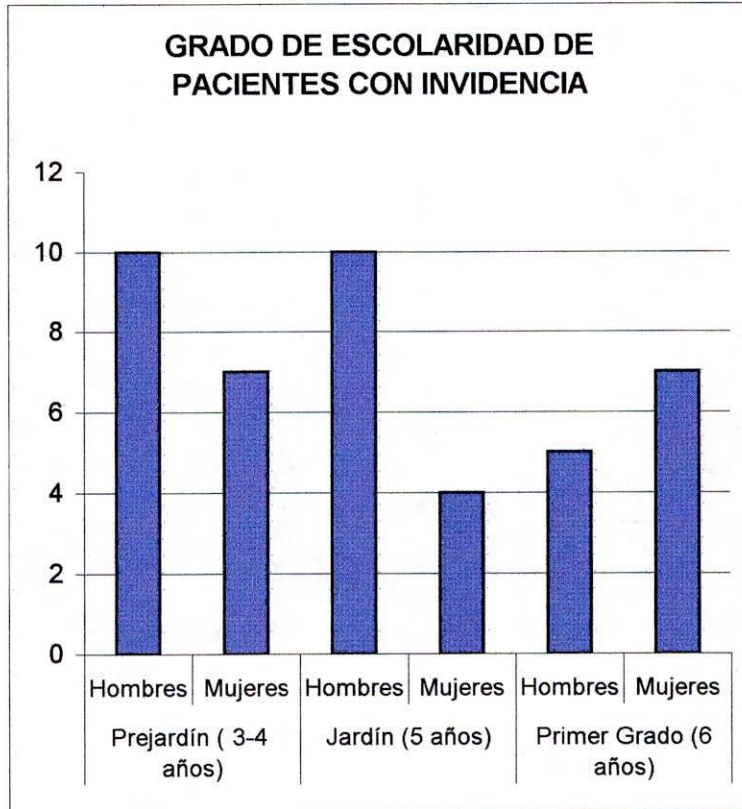


Figura 4

El grado de escolaridad en pacientes con invidencia es el siguiente:

- Prejardín: 10 hombres y 7 mujeres.
- Jardín: 10 hombres y 4 mujeres.
- Primer grado: 5 hombres y 5 mujeres.

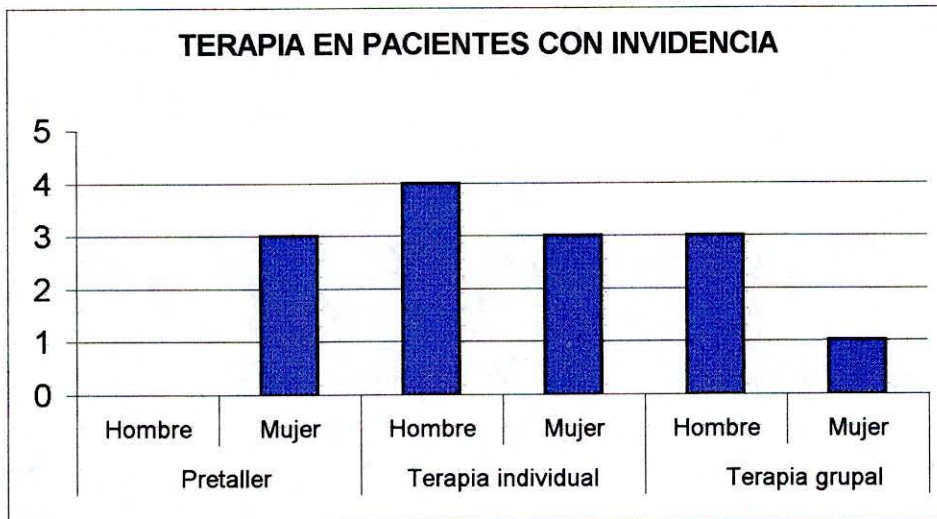


Figura 5

- Pretaller: 3 mujeres.
- Terapia Individual: No tiene rango de edad, pero se le suman otras anomalías, presenta 4 hombres y 3 mujeres.
- Terapia Grupal: 3 hombres y 1 mujer.

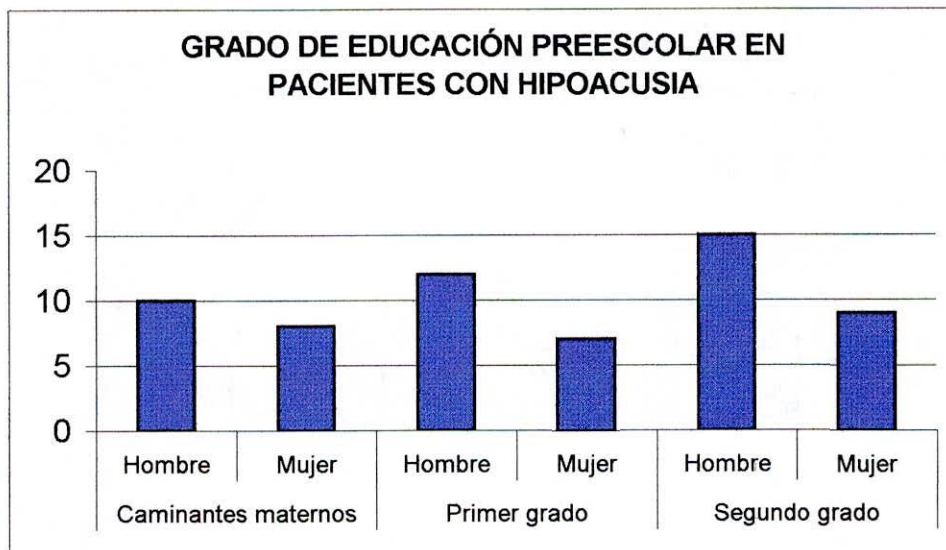


Figura 6

El grado de escolaridad en pacientes con hipoacusia es el siguiente:

- Caminantes maternos: 10 hombres y 8 mujeres.
- En primer grado: 12 hombres y 7 mujeres.
- En segundo grado: 15 hombres y 9 mujeres.



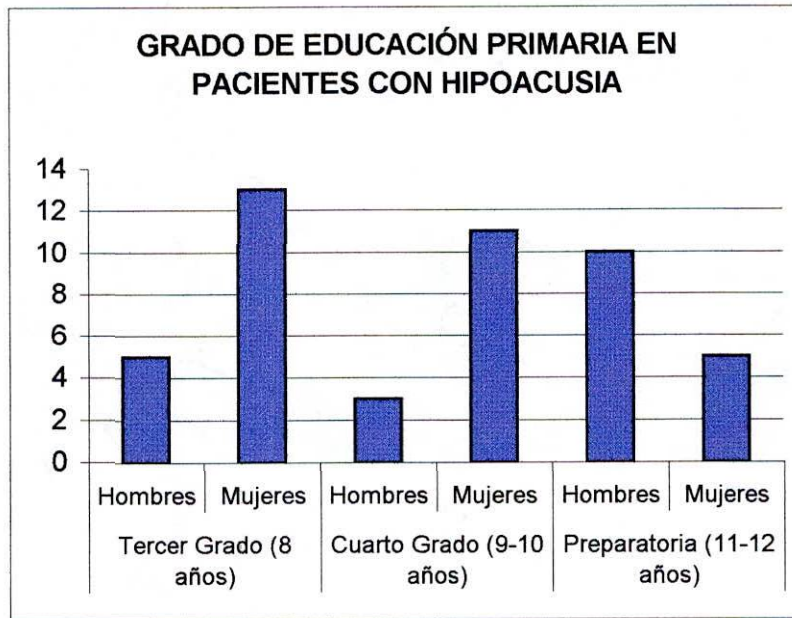


Figura 7

- En tercer grado: 5 hombres y 13 mujeres.
- En cuarto grado: 3 hombres y 11 mujeres.
- En preparatoria: 10 hombres y 5 mujeres.

Se clasificaron los 163 pacientes de acuerdo a sus edades, conformando grupos:

Pacientes de infancia temprana: Inidencia 10 Hombres 7 Mujeres.

Hipoacusia 10 Hombres 8 Mujeres.

Pacientes preescolar: Inidencia 15 Hombres 12 Mujeres.

Hipoacusia 12 Hombres 7 Mujeres.

Pacientes edad escolar Inidencia 3 Hombres 1 Mujeres.

Hipoacusia 20 Hombres 22 Mujeres.

Pacientes pubertad:

Hipoacusia 13 Hombres 16 Mujeres.

Y terapia individual que no presenta rango de edad:

Invidencia 4 Hombres 3 Mujeres.

Los resultados arrojados por las encuestas realizadas a los acudientes son:

Se presentó diferencia notoria en la pregunta No. 4, ¿Frecuencia de cepillado bucodental, al día de su niño?:

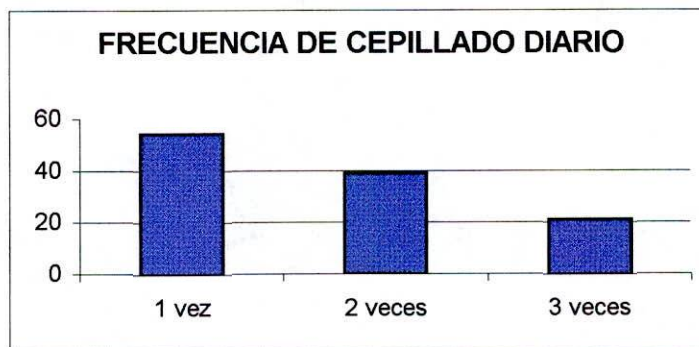


Figura 8

- Una vez : 54.
- Dos veces: 39.
- Tres veces: 21.

En la pregunta No. 7 ¿Qué ayudas utiliza para la higiene bucodental de su hijo?

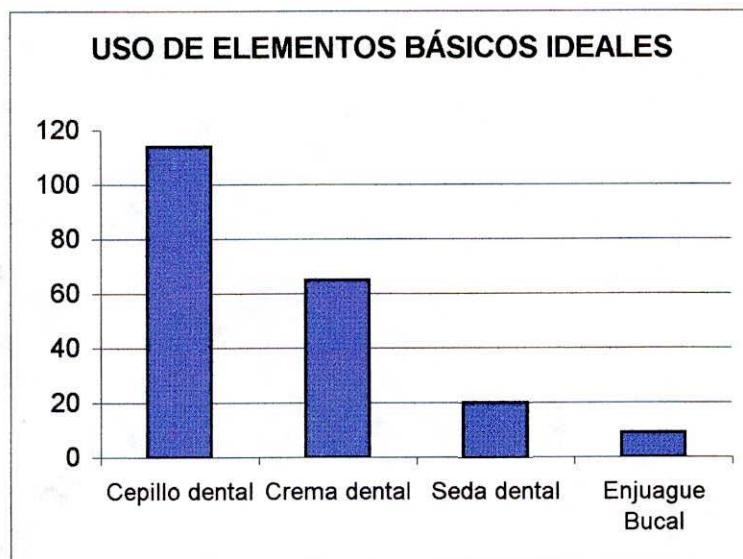


Figura 9

- Cepillo dental: 114.
- Crema dental: 65.
- Seda dental: 20.
- Enjuague bucal: 9.

Otra de las preguntas con menor diferencia fue la No. 3 ¿Motivo de la consulta de su hijo?:

Control 97

- Dolor 17, de los cuales:
- 8 al consumir alimentos ricos en azúcares.
 - 5 sensibilidad a los cambios térmicos en la cavidad bucodental.
 - 4 al morder fuerte o al triturar alimentos duros.

De los 163 pacientes que reciben tratamiento odontológico en el instituto para niños ciegos y sordos de Cali, solo se capacitaron 114 acudientes:

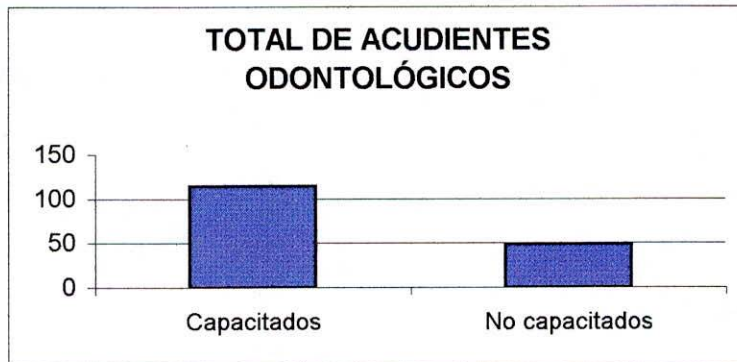


Figura 10

Se capacitaron 114 acudientes y faltaron 49, para un total de acudientes de 163.

La capacitación básica en técnicas de higiene bucodental se logró con el apoyo de audiovisuales, macromodelos y con el obsequio de paquetes conformados por elementos básicos para la higiene bucodental, haciendo de ésta participativa y amena. De los acudientes, 74 eran representantes de pacientes con hipoacusia y 40 de pacientes con invidencia.

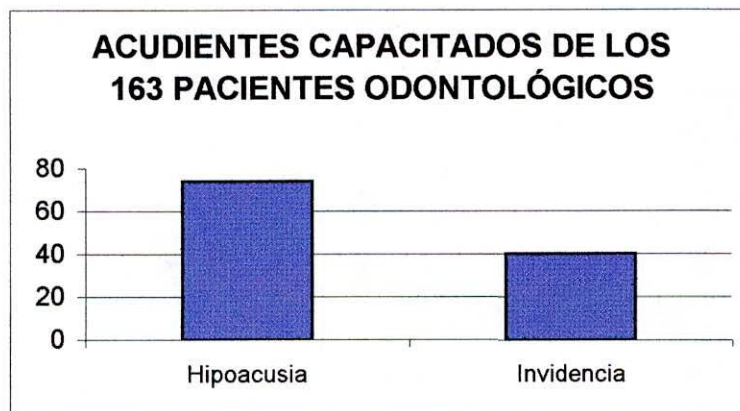


Figura 11

Acudientes con hipoacusia 74 y con invidencia 40 para un total de 114 asistentes.



Figura 12

No asistieron los acudientes con hipoacusia 34 y con invidencia 15, para un total de 49.

Se citaron 50 de ellos, siendo 25 pacientes con hipoacusia y los 25 restantes con invidencia, de diferentes edades comprendidas entre los 3 y 12 años, y se les realizó el índice de placa bacteriana de O'Leary, obteniendo como resultado un 60% de placa bacteriana aproximadamente en cada paciente.

Este procedimiento se realizó bajo la supervisión de la Doctora Giovanna Mejía odontóloga del instituto.

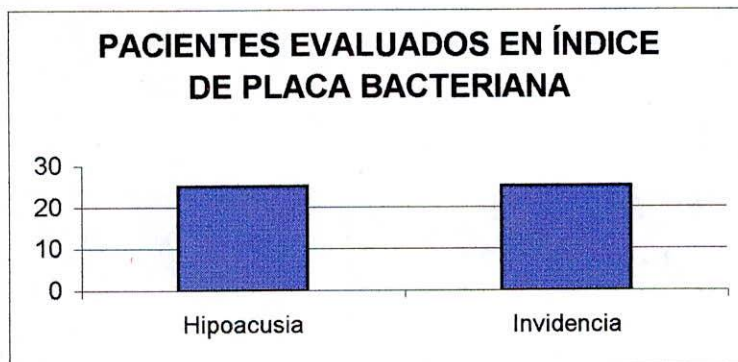


Figura 13

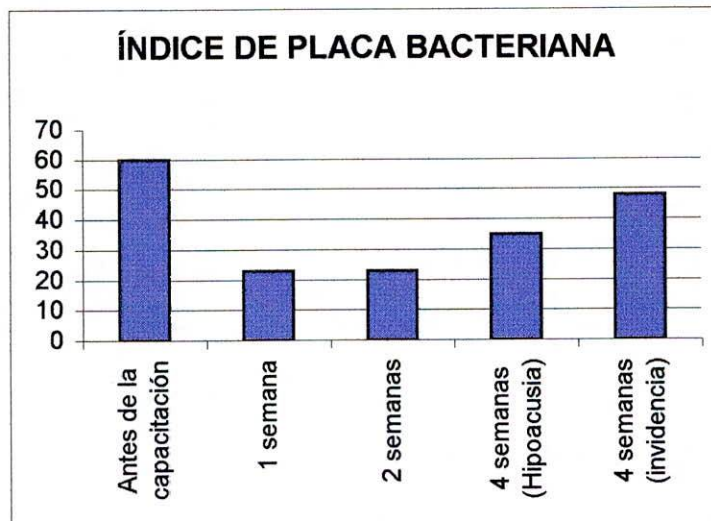


Figura 14

Al evaluar los pacientes antes de la capacitación a sus acudientes, se observó que el índice de placa de O'Leary era de 60% aproximadamente en todos los pacientes, sin encontrar ninguna diferencia entre las discapacidades (Hipoacusia - Invidencia).

Una semana después de la capacitación a los acudientes, se encontró que el porcentaje había disminuido en 20 a 25% aproximadamente, reduciendo el índice de placa bacteriana en un 35% aproximadamente, disminuyendo el riesgo de enfermedad en la cavidad bucodental y de esta manera acercarse al porcentaje más común que se considera de menos del 15% en pacientes aparentemente sanos, y no se presentó diferencia en los resultados entre pacientes con hipoacusia e invidencia.

Dos semanas después de dictadas las charlas se sigue conservando el porcentaje de la semana anterior sin presentar variación alguna. Los acudientes se concientizan y siguen realizando una correcta técnica de cepillado, colocando en práctica la capacitación.

En la cuarta semana se encontraron diferencias entre la hipoacusia con un porcentaje de 35% y la invidencia de 48%.

A la semana siguiente de haber capacitado a los acudientes, se observó que el índice de placa bacteriana había bajado notoriamente, quedando entre 20 y 25%.

A las dos semanas se realizó un nuevo control y no se determinaron cambios sustanciales.

A las cuatro semanas se nota un decaimiento en la correcta higiene bucodental, aumentando así el porcentaje de los datos obtenidos anteriormente, quedando el índice de placa de un 35% para pacientes con hipoacusia y 48% en invidentes.

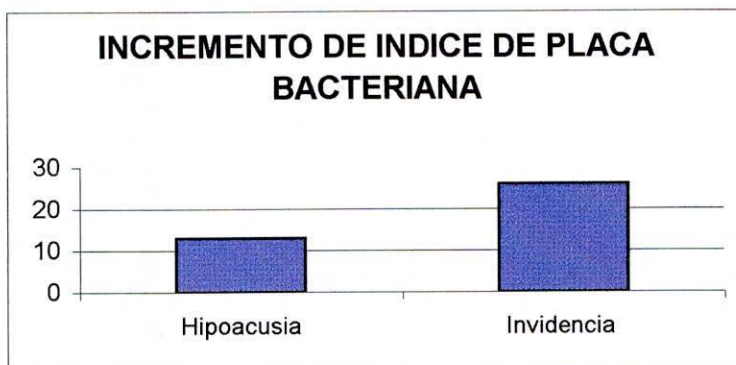


Figura 15

A la cuarta semana de la capacitación se encontró un aumento notorio, de un 13% aproximadamente, mayor en los pacientes con hipoacusia y de 26% con invidencia, duplicándose en éstos.

Durante la revisión de las historias clínicas se observó que los pacientes discapacitados con hipoacusia son más propensos a la caries dental, mientras los pacientes discapacitados con invidencia son más vulnerables a la enfermedad periodontal y caries.

8. CONCLUSIONES

Al exponer los acudientes sus necesidades más frecuentes, se observó la falta de educación. A pesar de haber recibido gran variedad de charlas, dirigidas sólo hacia sus hijos, no lograron comprender la importancia y cuidado de los dientes temporales, fundamentales para mantener el espacio para la dentición permanente, fonación, masticación, estética, etc.

Debido que los acudientes por inexactitud de tiempo, fatiga laboral y falta de interés no asisten oportunamente a las charlas dictadas sobre higiene bucodental dirigidas a sus hijos, a pesar que la gran mayoría de los acudientes, por no decir todos, han padecido gran diversidad de problemas en su salud bucodental, no se logran concienciar ni un poco sobre los futuros problemas que pueden padecer también sus hijos.

Los acudientes estuvieron muy motivados por ser la primera vez que recibían capacitación en salud bucodental directamente ellos, enfocada hacia sus hijos.

Cuatro semanas después de la capacitación se presentó un incremento en el índice de placa bacteriana, siendo más propensos los pacientes discapacitados con invidencia en un 13% mayor que los pacientes con hipoacusia. Debido a que la invidencia está asociada a mayor dificultad del paciente para poder realizar sus actividades diarias; los hace más propensos a las enfermedades bucodentales.

La encuesta deja como resultado muy poca frecuencia de cepillado diario, mala técnica de cepillado y carencia de los elementos básicos para la obtención de una buena higiene bucodental; de esta forma se facilitan los medios necesarios para que se desarrollen enfermedades

oportunistas más frecuentes en la cavidad bucodental. El éxito de toda higiene bucodental es una correcta técnica de cepillado con o sin crema dental y la frecuencia con que se realice.

Con el incumplimiento de los acudientes se dificulta el objetivo principal del protocolo, que es brindar capacitación en técnicas de higiene bucodental, quedando un número de 49 alumnos más vulnerables a padecer enfermedades bucodentales.

Se crea en el acudiente la participación en forma directa y continua de la supervisión de la técnica de cepillado en los pacientes discapacitados, hasta que ellos solos las puedan realizar correctamente, contando con asistencia oportuna en cuanto al cumplimiento de las citas para poder lograr otro de los objetivos del protocolo, que es la prevención. A pesar que el instituto les brinda a sus estudiantes una dieta balanceada y control nutricional, pero el desinterés y descuido de sus acudientes, los hacen vulnerables a las enfermedades bucodentales.

9. RECOMENDACIONES

Los programas preventivos que se han venido desarrollando en el país demuestran lo siguiente: La nutrición en la población colombiana ha mejorado bastante; la higiene dental se ha convertido en casi una práctica nacional, por lo menos entre la mayoría de la población de nivel socioeconómico más alto.

La educación sanitaria odontológica se ha realizado a buen ritmo y su enseñanza se ha venido haciendo desde las facultades de odontología aumentando el énfasis sobre la conveniencia del cuidado dental precoz (dientes temporales) y frecuentemente para prevenir el deterioro y la pérdida de los dientes.

Sin embargo, el nivel socioeconómico de los alumnos del Instituto es bajo (estrato uno y dos), siendo difícil crear en el núcleo familiar otra necesidad, como es el uso de seda dental, enjuague bucal o hasta la misma crema dental; por consiguiente, se debe reforzar y hacer énfasis en una técnica de cepillado correcta.

A los pacientes discapacitados con hipoacusia se les debe facilitar la visibilidad para mejorar la comunicación y utilizando la técnica TMH (Toque – Muestre – Haga), mientras a los invidentes se les deben aprovechar otros sentidos que son más agudos como el gusto, el tacto y el olfato, y utilizar la técnica TSH (Toque – Sienta – Huela).

Se sugiere realizar charlas mensuales, enfocadas sobre sensibilización, participación teórico – practica y motivación por medio de un obsequio y de esta manera contar con la participación de los acudientes.

Lo más importante es la implicación de un equipo formado por todos los profesionales de la salud bucodental y de los acudientes en sus hogares, mediante el manejo y atención para obtener asistencia continua y lograr la prevención de enfermedades bucodentales de dichos pacientes.

Por el corto tiempo es difícil evaluar el resultado final, dejando las puertas del instituto abiertas para la valoración del protocolo por parte de los alumnos interesados en el tema y en especial del Colegio Odontológico Colombiano, pudiendo ser modificado para mejores resultados.

**10. PROTOCOLO DE CAPACITACIÓN BÁSICA EN SALUD BUCODENTAL PARA
ACUDIENTES DE PACIENTES DISCAPACITADOS (HIPOACUSIA – INVIDENCIA)**

JORGE ENRIQUE BOLAÑOS

CAROLINA ESCOBAR FERNÁNDEZ

CLAUDIA XIMENA FLÓREZ

CARLOS EDUARDO PEREA

10.1 INTRODUCCIÓN

Este protocolo se realizó para mejorar la calidad de vida de los pacientes discapacitados (Hipoacusia – Invidencia), que tiene como objetivo principal capacitar a los acudientes en técnicas de higiene bucodental, debido que la mayoría de los tratamientos están encaminados a restaurar y no a prevenir.

Contando con la participación directa de los acudientes en sus hogares y aplicando lo aprendido, se delegará a estos la función de primeros odontólogos y se darán resultados favorables logrando que los acudientes se comprometan y concienticen que no sólo es labor del odontólogo sino en equipo; se logrará el fin de este protocolo, por ser los acudientes los responsables directos de la salud bucodental de los pacientes.

Mediante el diálogo y por medio de encuestas se desarrolló el programa a seguir. Utilizando un correcto lenguaje (claro y sencillo) y con ayudas audiovisuales se logró capacitar a los acudientes despejando las inquietudes e interrogantes en técnicas de higiene bucodental.

Sin embargo, el miedo, dolor y la escasa información en salud e higiene bucodental y en ocasiones los escasos recursos económicos, hacen que el porcentaje de pacientes que acuden al odontólogo cada vez sea menos, contribuyendo a aumentar la mala salud bucodental.

10.2 OBJETIVOS

10.2.1 Objetivo general

Capacitar al acudiente en técnicas de higiene bucodental, integrándolo y consientizándolo de la importancia de su papel, siendo el responsable directo de la salud bucodental de los pacientes, mejorando su calidad de vida.

10.2.2 Objetivos específicos

- Capacitar al acudiente, con un enfoque preventivo en salud bucodental, orientado a disminuir los factores etiológicos.
- Estimular la participación del acudiente en el proceso educativo en la salud bucodental de sus hijos.
- Enseñar al acudiente la correcta técnica de cepillado, mediante charlas dirigidas, presentación de videocassettes, macro modelos y carteleras alusivas a las charlas.
- Informar sobre las enfermedades bucodentales más frecuentes que padecen los pacientes discapacitados (Hipoacusia – Invidencia): Caries, enfermedad periodontal y maloclusión y, de esta manera, prevenirlas y en caso de darse, controlarlas mediante la participación directa con el odontólogo.
- Enseñar técnicas de higiene bucodental a los acudientes para que las puedan dirigir y realizar en los pacientes directamente desde su hogar.
- Integrar al acudiente en el control y cuidado bucodental de estos pacientes.
- Motivas al acudiente que ponga en práctica, desde su hogar, las técnicas que se emplean para facilitar la comunicación con los pacientes: La técnica de TSH (Toque – Siente – Huela) en invidencia y la técnica TMH (Toque- Muestre –Haga) en Hipoacusia, de una forma práctica y fácil que el paciente pueda asimilar y realizar.

- Contribuir en esta capacitación en salud bucodental, para que el acudiente, paciente y odontólogo se integren y mantengan comunicación.

10.3 PERSONAS QUE LLEVAN A CABO EL PROTOCOLO

La responsabilidad recae predominantemente en los acudientes por ser responsables directos de los niveles primarios de prevención integral mejorando la calidad de vida de los pacientes discapacitados (Hipoacusia – Invidencia).

10.4 EVALUACIÓN

El protocolo sugiere la enseñanza a una técnica de higiene oral y algunas normales específicas ya establecidas en éste.

10.5 PROBLEMAS MÁS FRECUENTES EN LA CAVIDAD BUCODENTAL

10.5.1 Placa bacteriana

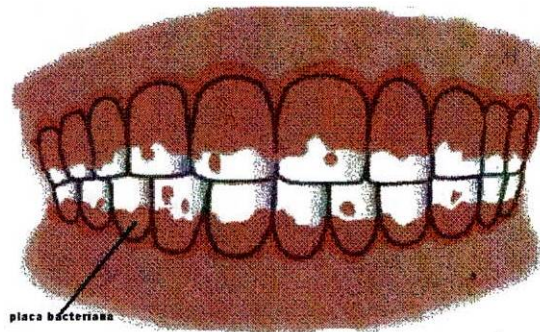


Figura 16. Placa bacteriana

Es una película pegajosa que se adhiere a los dientes y encías que se compone de microorganismos y bacterias presentes en la cavidad bucodental. Frecuentemente su acumulación causa el mal aliento.

¿Dónde y cómo se forma? Se forma alrededor de los dientes, como una masa amarillenta por no cepillarlos después de cada comida, para retirar restos alimenticios.

¿Cómo se puede ver?



Figura 17. Placa bacteriana teñida con colorantes

La actividad se realiza siguiendo estos pasos:

Se inicia con el suministro de una sustancia o pastilla reveladora de placa al paciente, quien la distribuye por todas las superficies dentales con la lengua y procede a eliminar los residuos de esta sustancia que quedan en la boca. Luego se identifican las superficies teñidas por la sustancia, que corresponden a zonas de acúmulo de placa bacteriana.

Finalmente, el encargado de realizar la actividad hace el registro de las superficies teñidas en los formatos correspondientes y calcula el índice de placa de O'Leary, es decir, la relación entre el total de superficies teñidas con placa bacteriana sobre el total de superficies dentales presentes (cuatro superficies por cada diente) multiplicado por 100 y expresado en porcentaje.

Enfermedades que produce:

- **Gingivitis:** Inflamación, enrojecimiento y sangrado de la encía, sólo en una parte alrededor de los dientes, debido que las bacterias se alojan entre la unión de la encía y el diente.



Figura 18. Gingivitis

Clasificación de las gingivitis:

- Gingivitis marginal crónica.
 - Gingivitis específicas.
 - Gingivitis ulcerativa necrotizante aguda.
 - Gingivitis asociada a enfermedades sistémicas.
 - Gingivitis asociada a hormonas esteroideas.
-
- **Calculo dental:** Es la misma placa bacteriana pero mineralizada (dura) adherida y formada sobre la superficie del diente. Produce mayor enfermedad en las encías y solamente puede ser removido en el consultorio odontológico. Dependiendo su ubicación relativa al cuello del diente (margen gingival) se puede clasificar en:
 - **Supragingival:** Si se encuentra por encima del margen gingival, de color blancuzco o amarillento, duro pero arenoso y se elimina fácilmente con la limpieza realizada en el consultorio odontológico.

- **Subgingival:** Si se encuentra por debajo del margen gingival; es de color verde oscuro a negro, dura, denso, de forma aplanada, firmemente adherido a la superficie del diente y no es de fácil remoción. Se recomienda realizar la limpieza únicamente por el odontólogo.
- **Periodontitis:** Se produce al progresar la gingivitis, afectando todas las estructuras alrededor de los dientes, dañando parte del hueso de sostén, produciendo movilidad y posteriormente la pérdida de los mismos.



Figura 19. Periodontitis

Clasificación de las periodontitis:

- Periodontitis del adulto.
- Periodontitis de comienzo precoz.
- Periodontitis rápidamente progresiva.
- Periodontitis juvenil.
- Periodontitis postjuvenil.
- Periodontitis prepuberal.
- Periodontitis asociada a enfermedades sistémicas.

- **Caries:** Enfermedad que ataca el diente destruyendo los minerales de la capa del esmalte y la dentina, debido a la placa bacteriana que produce ácidos a partir del azúcares ingeridos, produciendo cavidades.

Clasificación de las caries:

- **Caries de primer grado:** Afecta únicamente al esmalte dentario. Por lo general no duele. Es también conocida como caries incipiente.

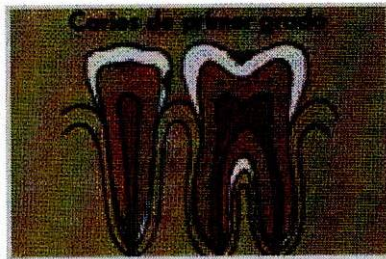


Figura 20. Caries de primer grado

- **Caries de segundo grado:** Afecta el esmalte y a la dentina. Puede reconocerse a simple vista por cambios en la transparencia y el color del diente. Duele ocasionalmente con el frío, pero las molestias no son exageradas y generalmente soportables.

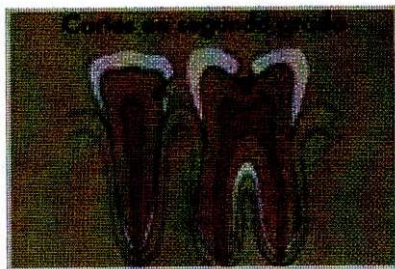


Figura 21. Caries de segundo grado

- **Caries de tercer grado:** Es la que afecta esmalte, dentina y avanza a la pulpa dentaria. En este momento ya es muy dolorosa, el dolor es constante y permanente, obligando al paciente a buscar la atención inmediata si no desea enfrentarse a problemas más graves.

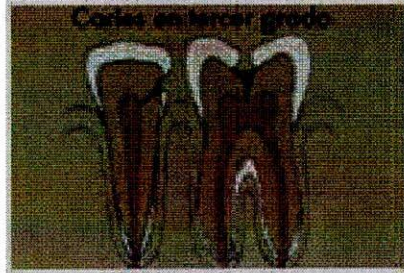
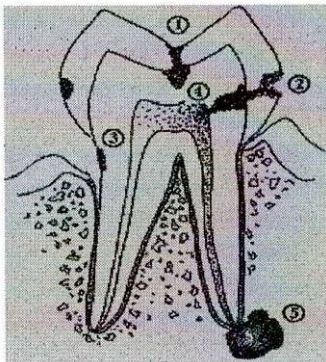


Figura 22. Caries de tercer grado

- **Caries recurrente:** Se presenta debido a una deficiente eliminación de la caries durante la preparación de la cavidad o a restauraciones desadaptadas se presenta esta.

Partes que ataca: Primero el esmalte, que es el tejido que reviste el diente, luego pasa a la dentina donde se produce el dolor y por último a la pulpa o nervio donde se forma la inflamación, abscesos y hasta la pérdida de los dientes.



1. Parte más susceptible del diente para la caries.
2. Zona de contacto entre los dientes.
3. Superficie de raíces expuestas.
4. Infección de la pulpa.
5. Continuación de la infección de la pulpa por el conducto radicular.

Figura 23. Esquema del ataque de la caries

- **Mal aliento (halitosis):** Frecuentemente es causado por la acumulación de la placa bacteriana.

10.6 PREVENCIÓN PARA LOGRAR UNA CORRECTA SALUD BUCODENTAL

Idealmente utilizando los elementos básicos como son: Seda dental, cepillo dental, enjuague bucal y visita periódica al odontólogo para obtener una correcta higiene bucodental.

10.6.1 Seda dental

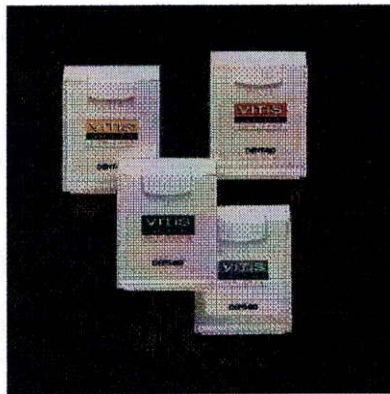


Figura 24. Seda dental

Elemento mecánico que consiste en un hilo de seda que se introduce entre los espacios de los dientes para retirar los residuos alimenticios.

Existen cinco tipos diferentes:

- Seda dental suave.
- Seda dental con cera.
- Seda dental sin cera.
- Cinta dental.
- Cinta dental con flúor y menta.

Técnicas de uso de la seda dental:

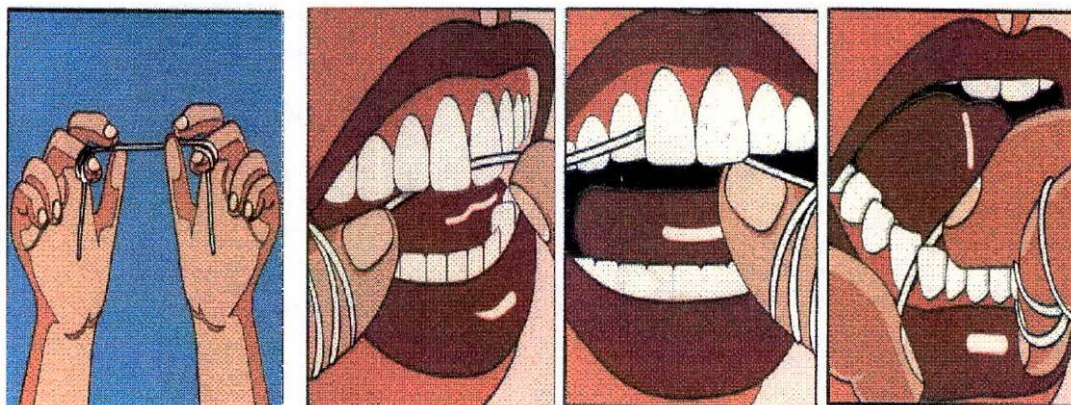


Figura 25. Técnicas de uso de la seda dental

Cortar 45 centímetros aproximadamente que concuerdan, desde el codo hasta la muñeca, más o menos el largo del antebrazo de una persona adulta.

Presione la seda contra uno de los dientes y desplácela de arriba hacia abajo y de afuera hacia adentro. Repita la operación anterior en cada uno de los espacios entre los dientes.

Nota: Recuerde que después de usar la seda dental la debe correr.

10.6.2 Cepillo dental

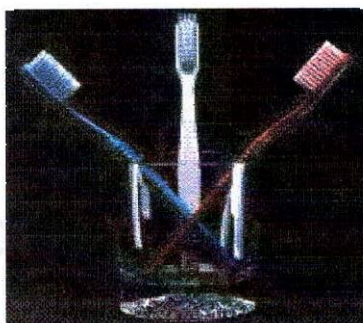


Figura 26. Cepillo dental

Se recomienda de acuerdo a la edad del paciente y el tamaño de su arcada dental; las dimensiones generalizadas son:

- Largo total: Desde 16 centímetros hasta 25 centímetros.
- Espesor: De 2 milímetros a cuatro milímetros.
- Hileras: De dos a cuatro.
- Penachos por fila: De cinco a doce.
- Cerdas: Naturales o artificiales.
- Punta: Redondeada.
- Diámetro de cerdas: Suave: 0.2 mm; medio: 0.3 mm y duro: 0.4 mm.
- Mango: Angulado, recto, flexible o rígido.
- Cabeza: Cuadrada o en forma de diamante.

Su odontólogo o higienista oral puede recomendarle un buen cepillo de dientes. A menos que ellos le recomienden algo en particular, seleccione un cepillo de cerdas suaves, pulidas y redondeadas para que no le haga daño a sus encías.

Seleccione un tamaño y forma con el cual se sienta cómodo y con el que alcance a cepillar todos sus dientes.

Cambie su cepillo dental cada dos a tres meses, o cuando vea que las cerdas ya no están rectas; un cepillo en mal estado puede dañar sus encías, los cepillos de los niños deben ser cambiados a veces con mayor frecuencia, pues los pequeños tienden a maltratarlos al jugar con ellos.

Técnica de cepillado universal:

- Los dientes de arriba se cepillan hacia abajo por todos sus lados.
- Los dientes de abajo se cepillan hacia arriba por todos sus lados.

- Las muelas, en sus partes arrugadas, se cepillan en forma circular.
- La lengua y el paladar también se deben cepillar.

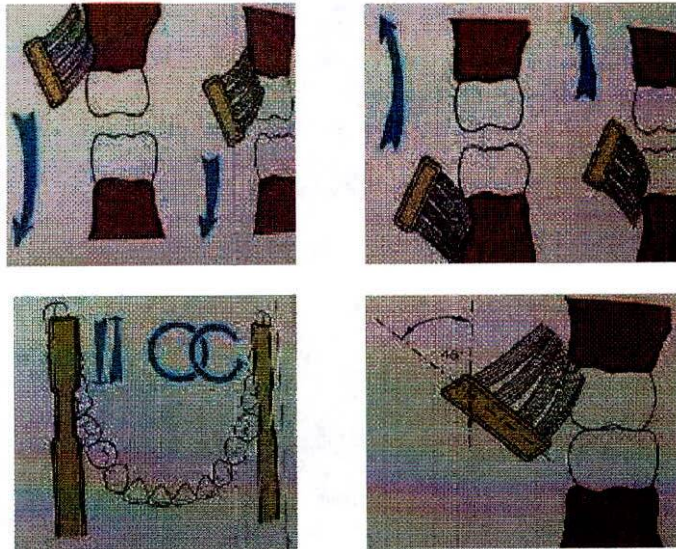


Figura 27. Técnica de cepillado universal

Nota: El cepillo dental se debe de colocar respecto al diente con una inclinación de aproximadamente 45 grados.

El cepillado se debe realizar suavemente.

Seque el cepillo dental al aire, no lo guarde mojado y nunca lo tenga cerca de la taza del servicio sanitario, para evitar la contaminación con materia fecal.

10.6.3 Crema dental

Elemento que nos ayuda a eliminar restos alimenticios y nos produce sensación de aliento fresco en la boca.



Figura 28. Crema dental

10.6.4 Técnica de uso de enjuague bucal



Figura 29. Enjuague bucal

Se debe usar según prescripción odontológica, no se debe consumir ningún alimento hasta después de una hora utilizado el enjuague.

10.6.5 Visita periódica al odontólogo

Se debe visitar al odontólogo cada seis meses. En esa visita se realizará un control de caries, refuerzo en técnicas de higiene bucodental, consejería dietética, profilaxis, aplicación de flúor y de

sellantes y posteriormente, si es necesario, realizar procedimientos operatorios (amalgamas, resinas, coronas de acero, etc.).



Figura 30. Visita al odontólogo

10.7 NUTRICIÓN Y DIETA

Los mejores alimentos para la salud de los dientes son los que contienen vitaminas, minerales y proteínas los cuales hacen que el diente se forme fuerte y saludable, como son la leche, huevos, carnes, pollo, frutas y verduras.

10.7.1 Clasificación de los alimentos

- **Cariogénicos:** Son los que producen la caries y contienen gran cantidad de azúcar; ejemplo: Dulces, helados, pasteles, postres, etc.

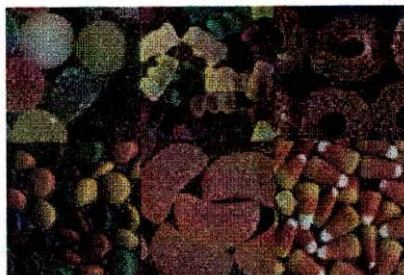


Figura 31. Alimentos cariogénicos

- **No cariogénicos:** Son los que fortalecen nuestros dientes. Las frutas y verduras que son fuente de vitaminas y minerales, la carne y pescado fuentes de proteínas, la leche y sus derivados ricos en minerales.



Figura 32. Alimentos no cariogénicos

10.8 CONSEJOS PARA TENER UNA BOCA SANA



Figura 33. Una boca sana

- El éxito de toda higiene bucodental es una correcta técnica de cepillado y la frecuencia con la que se realiza.
- No olvidar explicar la técnica de correcto cepillado y, después, coger la mano para guiarlo.
- Cepillar los dientes tres veces al día (preferiblemente después de las comidas o después de ingerir alimentos cariogénicos).

- Cepillar los dientes y encías dando un pequeño masaje para fortalecer los tejidos.
- Dedicar tiempo al cepillado dental, lo ideal es de dos a tres minutos.
- La alimentación es de gran importancia para la boca; los azúcares la dañan, mientras que las verduras, aparte de las vitaminas que aportan, limpian y fortalecen la salud bucodental. La comida blanda no fortalece la unión del diente al hueso. La leche y derivados lácteos aportan el calcio necesario para los dientes en la fase de formación de éstos.
- Acudir al odontólogo al menos una vez al año, y siempre que se detecte algún tipo de problema tales como: cambio de color de los dientes, mal aliento, sangrado de encía, movilidad dentaria y alteraciones de la saliva.
- No esperar que duelan los dientes, pues las soluciones serán más complicadas y costosas.
- No se debe dejar el biberón en la boca una vez el bebe haya comido, ya que el azúcar con que se elabora produce ácidos y empieza a producir enfermedad dental.
- Se recomienda una alimentación balanceada.

10.9 MALOCLUSIONES

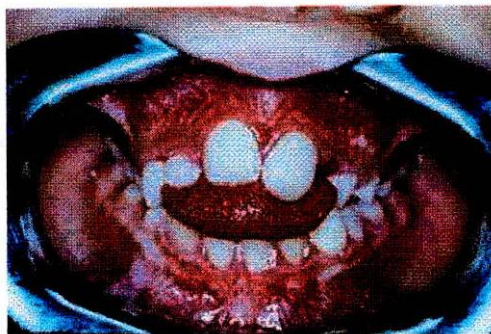


Figura 34. Maloclusiones

Son alteraciones en la posición de los dientes y maxilares con graves consecuencias estéticas e incluso imposibilidad de conseguir una correcta masticación. Aunque menos prevalentes que las enfermedades ya mencionadas, pueden ser corregidas mediante el control de patologías predisponentes (obstrucción de vía aérea nasal y pérdida precoz de dientes temporales) y corrección de hábitos nocivos (como chuparse el dedo, mantener el chupete más de tres años, deglución atípica, etc.).

Independientemente de los factores adquiridos, los aspectos genéticos tienen una gran importancia en la etiología de las mismas, por lo que seguirán siendo una necesidad de salud oral de cierta relevancia.

10.10 CLASIFICACIÓN DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD

10.10.1 Entre dos y cuatro años (infancia temprana)

Es un estado de transición de la infancia al estado preescolar. Es un ser autónomo e independiente. En el hogar inicia la exploración del ambiente, pero en los momentos de temor regresa a la madre generalmente. A la edad de tres a tres años y medio, el niño puede ser separado de su madre sin producir demasiada ansiedad. La primera visita al odontólogo debe reducirse a un examen clínico, profilaxis y aplicación de flúor.

El paciente presenta un mal comportamiento y es nuestro deber y obligación solucionar estas situaciones.

10.10.2 Entre cuatro y seis años (edad preescolar)

En esta edad el niño puede tener miedo de ser separado de sus padres, él cree que está siendo abandonado y piensa que sus padres no están satisfechos con él, y que su castigo es la

odontología, por lo tanto, puede ser preferible que la madre acompañe al niño a la sala del consultorio, siempre y cuando ella no proyecte sus ansiedades.

En esta edad es particularmente importante el manejo del niño pues en este momento se puede determinar la actitud del paciente hacia la odontología por toda la vida. La conducta del menor a esta edad es impredecible, y es el grupo sectorio en el cual el odontólogo encuentra el mayor número de pacientes problema.

10.10.3 Entre siete y nueve años (edad escolar)

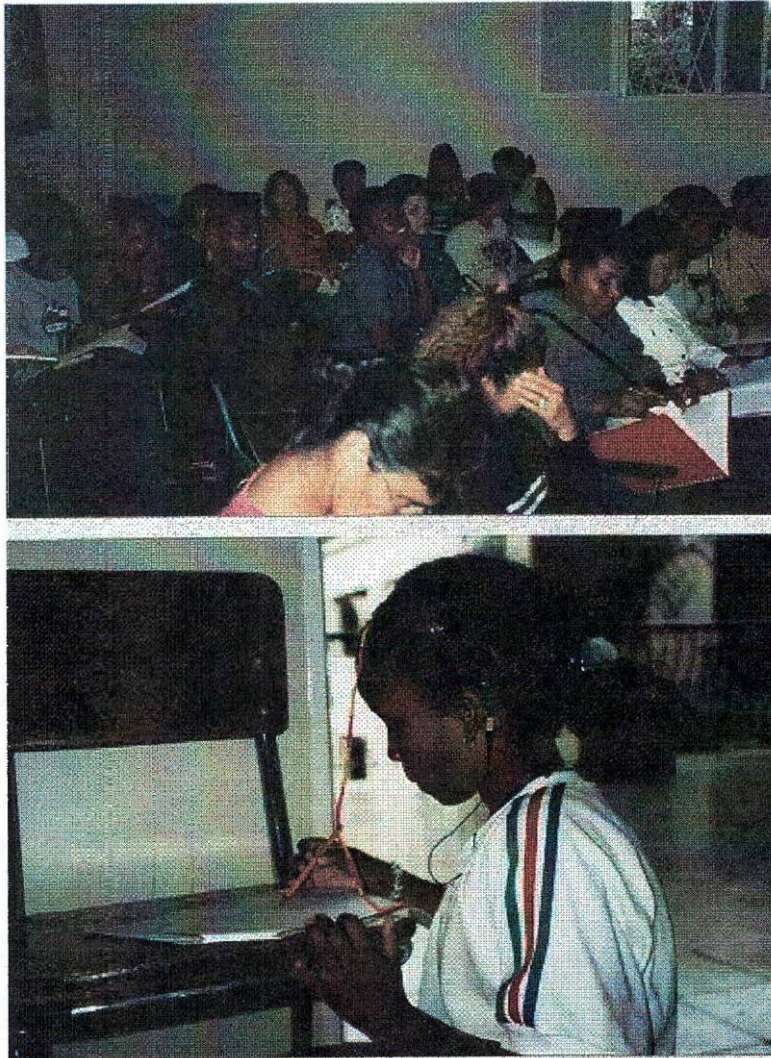
A esta edad empieza a aprender sobre el mundo exterior y a independizarse más de sus padres. Comienza a desarrollar responsabilidad sobre asuntos que para él son importantes, empieza a ir al colegio y a regirse por las normas de la sociedad.

10.10.4 Entre diez y trece años (prepubertad)

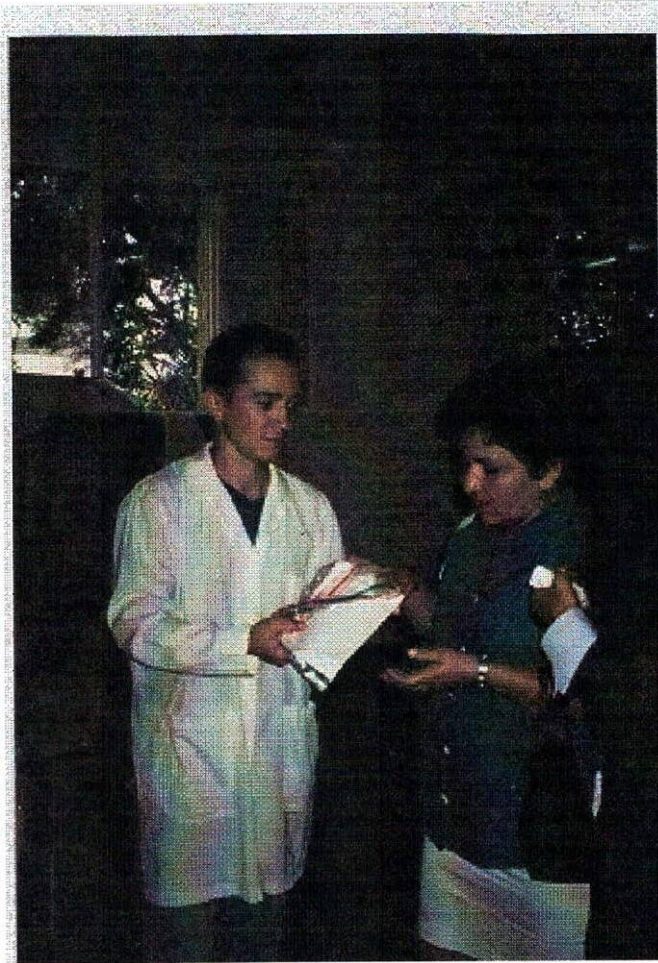
Uno de los cambios fundamentales de esta edad es su actitud hacia el sexo opuesto, le gusta trabajar en equipo y acepta las reglas, y su comportamiento en el consultorio es bueno. También se llama este periodo de la latencia, debido a que el crecimiento físico se detiene a fin de prepararse para la adolescencia. Como paciente no presenta problema pues es inactivo. Otra característica es la introversión y resentimiento de que la madre se mezcle en sus asuntos.¹¹

¹¹ MAGNUSSON BENGT; O. Odontopediatría. Enfoque sistemático. Barcelona: Salvat, 1985.

11. ANEXOS



Fotos tomadas durante el proceso de capacitación, dirigida a los acudientes de pacientes discapacitados (Hipoacusia – Invidencia), en el instituto para niños ciegos y sordos de Cali.



Entrega de implementos para la higiene oral, entregadas durante la capacitación para acudientes de pacientes discapacitados (Hipoacusia – Invidencia), en el instituto para niños ciegos y sordos de Cali.



BIBLIOGRAFÍA

1. KATZ; McDONAL; STOOKEY. Odontología preventiva en acción. 3ª Ed., España, 1992.
2. D' SNAWDER; Kenneth. Manual de odontopediatría clínica. 3ª Ed. México, 1986.
3. FINN, Sydney. Odontopediatría clínica. 4ª Ed. Texas, 1983.
4. FINN, Sydney. Odontología pediátrica. 5ª Ed. Texas, 1990.
5. BERNEI; MUHLER. Medidas preventivas para mejorar práctica odontológica. 1ª Ed. Chile, 1990.
6. Educación continua en odontología – compendio. Vol. 1, No. 4. Colombia, Abril 1985.
7. McDONALD, Ralph E.; AVERY, David R. Odontología pediátrica y del adolescente. Madrid: Mosby/Doyman Libros, 1995.
8. BRAHAM; MORRIS. Odontología pediátrica. San Francisco, 1989.
9. PINKHAM, J.R. Higiene oral en el niño. Chile, 1985.
10. CÁRDENAS JARAMILLO, Darío. Fundamentos de Odontología. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB), 1996.