



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANEJO Y RECOMENDACIONES A SEGUIR SOBRE EL CUIDADO DENTAL
EN PACIENTES CON DISCAPACIDADES MÁS FRECUENTES QUE SE
PRESENTAN EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

NALLELY PÉREZ MOJICA

TUTORA: Mtra. MARÍA PATRICIA DE LA ASUNCIÓN HENONÍN PALACIO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Hoy, veo llegar a su fin una de las etapas más importantes de mi vida, la cual gracias al apoyo de mis padres logré terminar, mi carrera profesional. Y yo sé, que jamás va a existir una forma de agradecer toda una vida de lucha y sacrificios constantes, sólo deseo que entiendan que mis ideales, esfuerzos y logros, han sido también suyos e inspirados en ustedes, su anhelo para que me preparara para poder enfrentarme a la vida, hoy se ve culminado, iniciándose así una etapa en mi vida en la que siempre estarán en mi corazón, y que constituye la herencia más valiosa que me pudieran haber podido dar.

A mí padre:

Porque ha sido un gran hombre, recto, justo y honesto, al que siempre he admirado. Gracias por guiar mi vida con energía y felicidad. Esto es lo que ha hecho que sea lo que soy.

A mí madre:

El ser más maravilloso del mundo. Gracias por el apoyo moral, su cariño y comprensión que desde siempre me ha brindado, por guiar mi camino y estar junto a mí en los momentos más difíciles.

A mis hermanos:

Porque todos, en algún momento, fueron parte de esto, gracias por el apoyo que siempre me brindaron, aunque a veces los obligaba a apoyarme en mis prácticas, a Juan José, Rocio, Hugo, Erika y Diego, gracias infinitas.

A mis sobrinos:

A los mejores del mundo, a mis soles, que iluminan con su sola presencia, que me alegraron los días, cuando estaba triste, frustrada, enojada, y que con una sonrisa cambiaban mi panorama, Ale, Arturín e Itza, espero poder ser un ejemplo a seguir, y también espero poder

ayudarlos siempre, para que cumplan sus sueños, y sean mujeres y mi hombrecito de bien, que espero sean.

Gracias a mi tutora, la doctora Patricia Henonín Palacio, por apoyarme y ayudarme tanto, a subir este último escalón en mi licenciatura, gracias por su paciencia y el tiempo que me dedicó.

A mis amigas Laura, Yuriria, Karina, Nancy, gracias por compartir conmigo tantos momentos, por estar en las buenas y en las malas, espero continúen en este camino, y pronto celebremos la titulación de ustedes.

*A mi alma mater, mi amada **UNAM**, la máxima casa de estudios, gracias por ese espacio que me fue destinado, para poder lograr mi tan anhelado sueño, muchas gracias.*

Gracias a Dios y a la vida, por todo lo que soy y por lo que tengo.

Índice

Introducción.....	7
Objetivo.....	9
1. Discapacidad.....	10
1.1 Definición.....	10
1.2 Clasificación.....	11
1.2.1 Discapacidad motriz.....	11
1.2.2 Discapacidad sensorial.....	11
1.2.3 Discapacidad cognitivo-intelectual.....	12
1.2.4 Discapacidad psicosocial.....	13
1.3 Prevalencia.....	14
1.4 Distribución territorial.....	16
2. Odontología y discapacidad.....	17
3. Principales problemas bucales.....	20
3.1 Caries dental.....	20
3.2 Enfermedad periodontal.....	21
3.2.1 Gingivitis.....	21
3.2.2 Periodontitis.....	22
3.3 Halitosis.....	22
3.4 Traumatismos.....	23
3.5 Xerostomía.....	24
3.6 Efectos de la medicación.....	24

3.7 Lesiones provocadas.....	25
3.8 Erosión.....	26
3.9 Bruxismo.....	26
4. Elementos de higiene oral.....	27
4.1 Control personal de placa bacteriana (CPP).....	27
4.2 Control mecánico de la placa bacteriana supragingival.....	28
4.2.1 Cepillado.....	28
4.2.2 Técnicas de cepillado.....	29
4.2.3 Frecuencia del cepillado.....	32
4.2.4 Duración del cepillado.....	32
4.3 Elementos auxiliares.....	32
4.3.1 Cepillos eléctricos.....	32
4.3.2 Dentífricos.....	33
4.3.3 Hilo dental.....	33
4.3.4 Cepillos interproximales.....	34
4.3.5 Irrigadores bucales.....	34
4.3.6 Masajeadores gingivales.....	35
4.3.7 Reveladores de placa.....	35
4.3.8 Colutorios.....	36
4.4 Dieta.....	36
4.4.1 Recomendaciones dietéticas.....	37
5. Educación para la salud.....	38

6. Estrategias para la higiene oral más recomendadas en pacientes con discapacidad.....	39
6.1 Recomendaciones para el cepillado.....	40
6.1.1 Cepillado con ayuda parcial.....	41
6.1.2 Cepillado con ayuda total.....	42
6.2 Problemas que se presentan al realizar la higiene bucal.....	43
6.2.1 Náuseas o vómitos.....	43
6.2.2 Resistencia al cepillado.....	43
6.2.3 Sangrado de las encías.....	43
7. Diseño de una historia clínica.....	44
8. Conclusiones.....	53
9. Referencias bibliográficas.....	54

INTRODUCCIÓN

Existe un grupo de personas con necesidades de cuidados especiales en salud que constituyen un grupo de riesgo, ya que desde edades muy tempranas requieren de cuidados de salud especializados. A este grupo pertenecen las personas con discapacidad. Entendiendo por discapacidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”.

Actualmente según las investigaciones, en todo el mundo hay un número elevado de personas con discapacidad (más de 1000 millones) y para referirse a ellas es preciso conocer además de las diferentes discapacidades, los diferentes términos relacionados con su condición física y su comportamiento.

Y aunque tener algún tipo de discapacidad no es sinónimo de presentar alteraciones orales severas, se han logrado detectar en los pacientes que las padecen, señales de mala higiene bucal y enfermedades orales producto de la poca o nula atención odontológica, relacionadas en gran medida al temor que los profesionales del área enfrentan al momento de la atención. Siendo el problema odontológico, uno de los principales problemas de salud que afectan a este sector de la población.

Una parte fundamental de la Odontología es la promoción de la salud bucal y con ella la prevención, siendo uno de los aspectos más relevantes a tener en cuenta para asegurar una buena salud bucal de cualquier paciente.

Según la OMS, dos terceras partes de la población con discapacidad no reciben atención bucodental alguna, a pesar de la mayor prevalencia que tienen estas personas de padecer enfermedades bucodentales.

En México, las disposiciones de prevención de salud bucodental destinadas a este tipo de personas no han tenido la prioridad necesaria, y componen un colectivo de riesgo, ya que desde edades tempranas requieren de cierto manejo y tipo de cuidados dentales. Así, cualquier enfermedad bucodental se

puede complicar, ya que estos pacientes además de enfrentarse a las barreras físicas tienen otros muchos impedimentos para poder cuidar su salud oral, y por consecuencia presentar mayor riesgo al adquirirlas, las cuales pueden tener un impacto directo y fatal en su salud, sobre todo en aquellos que son particularmente vulnerables a afecciones secundarias y/o complicaciones.

Dos entidades como son la caries dental y la enfermedad periodontal son mayores en estas personas, que en el resto de la población y se encuentran estrechamente vinculadas, debido a que su aparición y severidad depende del control efectivo de la placa dentobacteriana, que en la mayoría de los casos es imposible de realizar para un paciente con problemas de destreza. Debido a esto, su higiene bucal suele ser deficiente, por las alteraciones físicas y psíquicas que impiden realizar un cepillado eficiente ya que se requieren de movimientos específicos y de una alta motricidad fina, así como las dietas que suelen ser blandas y pegajosas, a la ingesta de fármacos y a las pocas visitas para su control dental.

Muchos odontólogos suelen sentirse incómodos cuando se encuentran con un paciente de estas características en su consulta, causada por la dificultad que tienen para comunicarse y relacionarse con ellos, debido a la falta de información, preparación y formación en esta área.

El poder brindar atención dental a estos pacientes ha representado un reto para el odontólogo, pues las diferentes discapacidades físicas y cognitivas limitan la adecuada atención.

OBJETIVO

Proporcionar información al odontólogo sobre el manejo y recomendaciones a seguir sobre el cuidado dental en pacientes con discapacidades más frecuentes que se presentan a la consulta odontológica.

1. DISCAPACIDAD

1.1. DEFINICIÓN

Organización Mundial de la Salud (OMS)

- Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

- La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad.¹

Es importante definir tres Conceptos básicos que a menudo se superponen y que ya la Organización Mundial de la Salud ha intentado diferenciar. Estos son; deficiencia discapacidad y minusvalía.

La pérdida o anormalidad en una estructura fisiológica o psicológica se conoce como deficiencia. Esta deficiencia se puede producir por enfermedades genéticas o congénitas, alteraciones del desarrollo, enfermedades sistémicas graves, accidentes o procesos degenerativos en edades avanzadas.

La discapacidad se define como “la manifestación de una deficiencia en la persona que afecta a las habilidades básicas de la vida cotidiana”.

La minusvalía representa una socialización de la deficiencia, ya que conlleva consecuencias sociales, culturales económicas o ambientales.

Existe una dificultad para mantener los llamados factores de supervivencia, elementos necesarios para desarrollar una vida cotidiana normal. Estos factores son seis cualidades básicas: la capacidad de orientación, la independencia física (para mantener una higiene personal, alimentarse o controlar esfínteres), la capacidad de movilidad, la capacidad de ocupación, la capacidad de integración social y la autosuficiencia económica.²

1.2. CLASIFICACIÓN

1.2.1. DISCAPACIDAD MOTRIZ

Es una condición de vida que afecta el control y movimiento del cuerpo, generando alteraciones en el desplazamiento, equilibrio, manipulación, habla y respiración de las personas, limitando su desarrollo personal y social. Ésta se presenta cuando existen alteraciones en los músculos, huesos, articulaciones o médula espinal, así como por alguna afectación del cerebro en el área motriz impactando en la movilidad de la persona.

Interacción con personas con discapacidad motriz:

Para conversar con una persona en silla de ruedas, se debe procurar que los ojos de ambas personas queden a la misma altura, no mover o manipular la silla de ruedas sin antes pedir permiso a la persona, si se cree que la persona puede necesitar ayuda, hay que ofrecérsela, y en caso de que sea aceptada se debe preguntar cómo es la forma adecuada de ayudarla.

Siempre hay que dejar las ayudas técnicas (muletas, bastones, caminadores, etcétera) al alcance de la persona.

1.2.2. DISCAPACIDAD SENSORIAL

Es aquella que comprende cualquier tipo de deficiencia visual, auditiva, o ambas, así como de cualquier otro sentido, y que ocasiona algún problema en la comunicación o el lenguaje (como la ceguera y la sordera), ya sea por disminución grave o pérdida total en uno o más sentidos.

Interacción con personas con discapacidad visual:

Identificarse inmediatamente, antes de tener cualquier tipo de contacto, si tiene problemas para caminar, se ofrece el brazo, no se debe tomar el suyo, utilizar indicaciones que lo puedan ayudar a orientarse, como: izquierda, derecha, arriba, abajo, adelante y atrás y se procurará describir verbalmente los escenarios y situaciones.

Interacción con personas con discapacidad auditiva:

Para dirigirse a una persona sorda o con deficiencia auditiva, se llamará su atención con un gesto o tocándola levemente del hombro, se debe mantener siempre el contacto visual, siendo expresivos al hablar, para que las personas puedan identificar nuestro sentir y el tono con el que se están diciendo las cosas. Nunca taparse la boca, ya que esto dificulta que la persona pueda llevar a cabo una lectura labial, y en caso de que la persona cuente con la asistencia de un intérprete, deberemos dirigirnos directamente a la persona sorda, no al intérprete.

1.2.3. DISCAPACIDAD COGNITIVO-INTELLECTUAL

Es aquella caracterizada por una disminución de las funciones mentales superiores tales como la inteligencia, el lenguaje y el aprendizaje, entre otras, así como de las funciones motoras. Esta discapacidad incluye a las personas que presentan dificultades para aprender, realizar algunas actividades de la vida diaria, o en la forma de relacionarse con otras personas. Ejemplo de lo anterior son el síndrome de Down y el autismo.

Interacción con personas con discapacidad intelectual:

No intimidarse por los movimientos, sonidos o expresiones que lleve a cabo una persona con discapacidad intelectual.

Si no se logra entender lo que la persona desea decir, o ésta tiene dificultades para hablar, hay que pedirle de una forma atenta y respetuosa que repita lo que quiso decir, pues hay que tener presente que las personas con discapacidad

intelectual tienen una dinámica más lenta para comunicarse, tomar los alimentos y andar, entre otras actividades, por lo cual se debe respetar el ritmo de cada persona para hacer las cosas y nunca tratar a una persona adulta con discapacidad intelectual como un niño, debemos tener en cuenta su edad y sus capacidades.

1.2.4. DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

Se define como aquella que puede derivar de una enfermedad mental y está compuesta por factores bioquímicos y genéticos. No está relacionada con la discapacidad cognitivo-intelectual y puede ser temporal o permanente. Algunos ejemplos son la depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, entre otros.

Interacción con personas con discapacidad psicosocial:

Acercarse de manera franca y respetuosa, ser natural y sencillo, limitarse a ayudar en lo necesario, para que la persona se desenvuelva sola en el resto de las actividades, se mostrara interés y empatía, escuchando lo que quieren comunicar, hablar lento y claro para tratar de evitar situaciones que puedan generar violencia, como discusiones o críticas.³

¿CÓMO DIRIGIRSE A UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD?

CÓMO SE DEBE DECIR O ESCRIBIR	CÓMO NO SE DEBE DECIR O ESCRIBIR
Persona con discapacidad	Personas con capacidades diferentes o especiales, “discapacitados”, “inválidos”, “disminuidos”...
Persona con discapacidad motriz	Minusválido, incapaz, impedido...
Persona con discapacidad auditiva	Sordomudo, sordito (y todos los diminutivos)
Persona con discapacidad visual	Invidente, cieguito (y todos los diminutivos)
Persona con discapacidad psicosocial	Retrasado mental, mongol, tonto, tarado, deficiente...
Persona con discapacidad intelectual	Loco, loquito, demente...

1.3. PREVALENCIA

Se calcula que más de mil millones de personas (un 15% de la población mundial) están aquejadas por la discapacidad en alguna forma. Tienen dificultades importantes para funcionar, entre 110 millones (2,2%) y 190 millones (3,8%) personas mayores de 15 años. Eso no es todo, pues las tasas de discapacidad están aumentando debido en parte al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas.⁴

- En 2014, la prevalencia de la discapacidad en México fue de 6%.
- Las dificultades para caminar y para ver fueron las más reportadas entre las personas con discapacidad. (Ver tabla de Porcentaje).
- Los principales detonantes de discapacidad en el país son las enfermedades crónicas (41.3%) y la edad avanzada (33.1%).
- 23.1% de la población con discapacidad de 15 años y más no cuentan con algún nivel de escolaridad.
- De la población con discapacidad, 83.3% es derechohabiente o está afiliada a servicios de salud.
- Las personas con dificultades para ver son las que más asisten a la escuela (42.4%) entre la población con discapacidad de la población de 3 a 29 años.
- Participan en actividades económicas 39.1% de la población con discapacidad de 15 años y más, frente a 64.7% de su contraparte sin discapacidad.^{3,4}

Porcentaje de población con discapacidad, por tipo de discapacidad según grupos de edad 2014

Tipos de discapacidad	Grupos de edad			
	0 a 14 años	15 a 29 años	30 a 59 años	60 años y más
Caminar, subir o bajar usando sus piernas	36.2	32.1	56.2	81.3
Ver (aunque usen lentes)	26.9	44.6	58.2	67.2
Mover o usar sus brazos o manos	14.1	18.2	28.5	42.7
Aprender, recordar o concentrarse	40.8	31.5	32.1	44.6
Escuchar (aunque usen aparato auditivo)	13.4	18.5	24.2	46.9
Bañarse, vestirse o comer	37.4	16.4	14.5	29.3
Hablar o comunicarse	45.6	28.5	13.4	14.0
Problemas emocionales o mentales	26.6	28.0	20.1	16.3

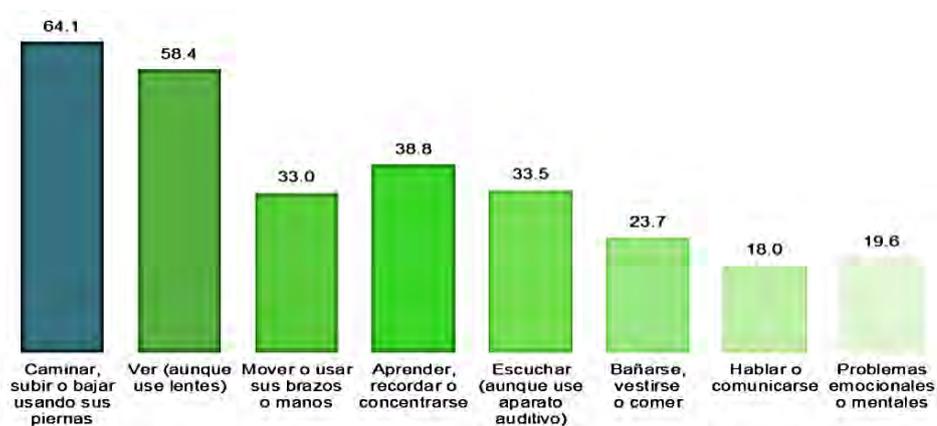
Nota: Una persona puede tener más de una discapacidad, por lo que la suma de los tipos de discapacidad para cada grupo de edad supera el 100 por ciento.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

En el 2014, según los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, en México había cerca de 120 millones de personas. De ellos, casi 7.2 millones reportaban tener mucha dificultad o no poder hacer alguna de las actividades básicas por las que se indaga (personas con discapacidad), alrededor de 15.9 millones tenían dificultades leves o moderadas para realizar las mismas actividades (personas con limitación) y 96.6 millones de personas indicaron no tener dificultad para realizar dichas actividades.⁵

Por su parte, las personas con mayor riesgo de experimentar restricciones en participación o limitaciones en sus actividades representaron 13.2% de la población y quienes no viven con discapacidad o limitación constituyeron el 80.8% restante. Al examinar la distribución por sexo de estos tres grupos poblacionales se aprecia que es similar, aunque la proporción de mujeres es ligeramente superior entre la población con discapacidad (53.5% frente a 52.7% de la población con limitación y 50.9% de la población sin discapacidad o limitación). La estructura por edad de la población con discapacidad mostró una mayor concentración en los adultos mayores, lo cual contrasta con quienes no viven con esta condición.

Porcentaje de la población con discapacidad, por tipo de discapacidad (Gráfica 1)



Gráfica 1 Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

Nota: El porcentaje es con respecto al total de población con discapacidad, una persona puede tener más de una discapacidad, por lo que la suma de los tipos de discapacidad supera el 100 por ciento.

1.4. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL

Conocer la distribución territorial de la población con discapacidad en México permite desarrollar estrategias y programas encaminados a satisfacer sus necesidades con oportunidad y equidad.

En 15 de las 32 entidades federativas del país, la prevalencia de la discapacidad entre la población que reside en cada una de ellas es mayor que la observada a nivel nacional. Nayarit y Durango son las entidades que presentan las prevalencias más altas del país, con 8.2 y 7.5% respectivamente. Le siguen tres estados con una prevalencia de 7.4% (Colima, Jalisco y Zacatecas). Las otras entidades con valores por encima de la nacional son: Michoacán (6.9%), Baja California Sur (6.8%), Veracruz (6.7%), Chihuahua y San Luis Potosí (6.6%), Oaxaca, Sinaloa y Yucatán (6.5%), Estado de México (6.2%) y Guerrero (6.1%). En Querétaro, la prevalencia de la discapacidad es igual que la nacional (6.0%) y en las restantes 16 entidades es menor. Chiapas (4.1%), Coahuila (4.5%), Distrito Federal (4.7%), Tamaulipas (5.1%), Aguascalientes y Puebla (5.2%), Quintana Roo (5.3%), Tlaxcala (5.4%), Nuevo León y Sonora (5.5%), Hidalgo y Morelos (5.6%), Guanajuato (5.7%), Baja California (5.8%) y Tabasco y Campeche tienen una prevalencia de 5.9%.⁵

2. ODONTOLOGÍA Y DISCAPACIDAD

La odontología en pacientes discapacitados es fundamental debido a la alta incidencia de patología bucodental y la dificultad del manejo clínico en muchos casos. La mayor vulnerabilidad bucal se debe a muchos factores que han de ser prevenidos, corregidos o controlados en cuanto sea posible.

Las deficiencias funcionales orofaciales, como las alteraciones de la masticación, fonación y deglución favorecen la patología. De igual modo, los hábitos nocivos como el bruxismo, el mordisqueamiento, la regurgitación y las lesiones por autoagresión.

Otros condicionantes estarán relacionados con las dietas monótonas excesivamente blandas y azucaradas, o con la medicación a la que están sometidas estas personas, que favorece la hiposialia y la xerostomía. Además estos fármacos pueden producir pigmentaciones dentales, agrandamientos gingivales o lesiones irritativas sobre la mucosa oral.⁶

Sin embargo, uno de los factores más importantes es la falta de higiene oral en estos individuos. Las causas son varias, desde problemas físicos con falta de coordinación motora y limitación de habilidades, hasta problemas de conducta o falta de cuidados asistidos por parte de un responsable.

También son factores condicionantes de la aparición de alteraciones bucodentales el tipo de discapacidad, la existencia de alguna enfermedad sistémica asociada, como por ejemplo la epilepsia, la dificultad clínica de manejo odontológico, la dificultad de acceso a centros sanitarios, el grado de dependencia y la disponibilidad de medios. En general, las patologías bucodentales más frecuentes son gingivitis y caries (asociadas a la acumulación de placa bacteriana). También encontramos periodontitis, traumatismos, maloclusiones, y lesiones sobre tejidos duros por bruxismo así como irritaciones sobre la mucosa bucal por la presencia de hábitos nocivos.

Es necesario un plan de salud bucodental completo e integrado en todos sus niveles. Es indispensable la acción de la atención primaria odontológica, así

como la atención especializada tanto en el ámbito ambulatorio como hospitalario.

Se ha de actuar en el terreno de la información y la formación a cuidadores de centros de discapacitados, a profesores y a familiares, centrándose en el tema de la higiene bucodental de los pacientes, bien sea autoproporcionada o asistida, así como en las modificaciones de técnicas necesarias para poderla realizar. También se deberá reforzar la corrección de hábitos nocivos y aconsejar dietas más adecuadas. Para aquellos pacientes con los que sea posible, se deberán organizar talleres prácticos donde se enseñen estas técnicas de higiene y adaptación de los cepillos dentales de acuerdo a las necesidades concretas de cada uno.⁷

Ante individuos con bocas más sépticas y con alto grado de patología, así como en pacientes con discapacidad mental o conducta difícil, será preferible el tratamiento integrado bajo anestesia general. Sin embargo, cuando la colaboración o el manejo del paciente sea posible y la patología bucodental no sea muy compleja, se preferirá el tratamiento en el consultorio de tipo ambulatorio.

La forma ideal de asistencia odontológica a pacientes discapacitados estaría estratificada en 3 niveles:

Nivel 1:

- Asistencia en atención primaria.
- Capacitación del paciente discapacitado.
- Educación en salud bucodental a los responsables del paciente.
- Evaluación del estado bucodental.
- Evaluación de la conducta.
- Establecimiento de un plan de tratamiento bucodental provisional.
- Tratamientos odontológicos sencillos.

Nivel 2:

- Asistencia especializada ambulatoria.
- Reevaluación del paciente.
- Tratamientos dentales complejos que no requieran anestesia general.

Nivel 3:

- Asistencia odontológica hospitalaria.
- Reevaluación del paciente.
- Tratamientos dentales complejos que requieran anestesia general.
- Tratamientos dentales en pacientes de alto riesgo médico.

Un primer nivel lo desarrollarían los equipos dentales de atención primaria, donde se debería realizar la captación del paciente discapacitado y la evaluación de su salud bucodental para la detección de patología. En este mismo nivel se debería evaluar la conducta y establecer un plan de tratamiento bucodental concreto.

También sería conveniente educar en salud bucodental a los responsables de los pacientes y realizar los tratamientos odontológicos más sencillos, como limpiezas dentales, exodoncias en dientes deciduos y obturaciones dentales sencillas.⁸

El segundo nivel lo pondrían en práctica los equipos con personal especializado en el tratamiento odontológico a discapacitados de forma ambulatoria, estos equipos reevaluarán la patología bucodental del paciente y realizarán tratamientos dentales complejos que no requirieran anestesia general, sólo manejo de conducta, restricción física y/o premedicación.

El tercer y último nivel lo constituirían los equipos odontoestomatológicos hospitalarios, donde se procedería a reevaluar a los pacientes y a realizar tratamientos complejos en pacientes con discapacidad mental severa que

requirieran anestesia general. También tratarían a los discapacitados con alto riesgo médico.⁹

3. PRINCIPALES PROBLEMAS BUCALES

No existen enfermedades bucales exclusivas en los pacientes con algún tipo de discapacidad.

3.1. CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad transmisible e infecciosa de origen multifactorial, localizado, pos-eruptivo, que termina en la destrucción de los tejidos duros del diente cuando el proceso dinámico de desmineralización y remineralización constante es alterado por el exceso de producción de ácidos en combinación con los demás factores de virulencia de los microorganismos cariogénicos.¹⁰

Las personas con discapacidad suelen presentar un elevado número de caries, lo que podría estar estrechamente relacionado con las dificultades de provisión del cuidado de salud bucal y del acceso al tratamiento odontológico, y en ocasiones con el contexto socioeconómico.

Entre los principales factores que influyen en la formación y desarrollo de caries son:

- La xerostomía, secundaria al consumo de algunos fármacos (ansiolíticos, anticonvulsivos).
- El consumo de fármacos que incorporan vehículos azucarados.
- Dietas especiales, incluyendo aquellas que requieren ingestas frecuentes.
- Hipotonía de las mejillas, labios o lengua.
- Disfunción motora de manos y brazos.
- Desmotivación debido a la percepción continua de enfermedad.^{11,12}

Para el control y la prevención de la caries, se deben tomar decisiones y estrategias de tratamiento preventivo y restaurador, exigen iniciativas tanto

individuales como colectivas, a fin de controlar la aparición y el desarrollo de la enfermedad.



Imagen 1. Caries dental en niños.¹



Imagen 2. Caries dental en niños.²

El control de la caries debe consistir básicamente en informar y motivar al paciente o cuidadores, consejo dietético, instrucciones sobre el cepillado y recomendaciones individualizadas.

3.2. ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal es aquella en donde se presentan una serie de cuadros clínicos de origen infeccioso que afectan encías y estructuras de soporte de los dientes. Y se clasifican en dos grandes grupos, gingivitis y periodontitis.



Imagen 3. Enfermedad periodontal.³

3.2.1. GINGIVITIS

La gingivitis es la inflamación de la encía como resultado de la actividad de bacterias localizadas a la altura del margen gingival.



Imagen 4. Gingivitis.⁴

Fundamentalmente se va a producir por la acumulación de placa bacteriana y se tratará básicamente en el control riguroso de ésta.

3.2.2. PERIODONTITIS

La periodontitis es el proceso inflamatorio que afecta a los tejidos de soporte del diente, y se caracteriza por la migración apical de la inserción epitelial, y la destrucción progresiva del ligamento periodontal y del hueso alveolar.

Algunas formas precoces y severas de enfermedad periodontal pueden aparecer en niños con alteraciones del sistema inmunitario o con trastornos del tejido conectivo, por lo que la periodontitis suele ser especialmente agresiva en pacientes con determinadas anomalías genéticas como el síndrome de Down.



Imagen 5. Periodontitis.⁵



Imagen 6. Radiografía de paciente con periodontitis.⁶

Las medidas necesarias para un buen control de la salud gingival incluyen una adecuada higiene oral domiciliaria, valorar la administración rutinaria de antisépticos bucales y las visitas regulares al odontólogo. Hay que tener presente las limitaciones de cada paciente (especialmente la habilidad manual), adaptando si es preciso el cepillo de forma individualizada y aplicando técnicas de cepillado específicas.¹²

3.3. HALITOSIS

Es el conjunto de olores desagradables u ofensivos que emanan de la cavidad bucal. Como consecuencia de la poca o nula higiene bucal, principalmente, aunque también se presenta en personas que cursan con algún proceso infeccioso oral, (periodontitis, gingivitis, abscesos, alveolitis, sinusitis, amigdalitis), en personas con diabetes, problemas pulmonares, con

insuficiencia renal severa, enfermedad hepática, alteraciones psiquiátricas (halitosis delusoria).¹³



Imagen 7. Halitosis.¹

El tratamiento de la halitosis va a consistir básicamente, en atacar la causa principal que la esté generando, la higiene rigurosa que deberá tener el paciente, consejo dietético, uso de antisépticos y si presenta alguna enfermedad sistémica, deberá ser controlada por su médico.

3.4. TRAUMATISMOS

Los traumatismos dentales son las lesiones de los tejidos duros y blandos de los dientes, que se producen por una acción violenta en la cavidad bucal.

Suelen presentarse en las personas con alteraciones en la coordinación motora, con epilepsia, entre otras discapacidades (psíquicas principalmente).¹⁴

La complicación más frecuente del traumatismo dental es la fractura de la corona, especialmente en la segunda dentición.

Otra consecuencia común de los traumatismos es la avulsión dentaria, y esta se presenta cuando el diente íntegro se sale del hueso alveolar.¹⁵



Imagen 8. Traumatismo dental.⁸



Imagen 9. Traumatismo dental.⁹

Ante toda eventualidad, es deber del paciente o cuidador, asistir cuanto antes al odontólogo, para que éste, evalúe el daño, y proponga el mejor tratamiento, con el fin de evitar una consecuencia mayor, al daño provocado por el traumatismo.

3.5. XEROSTOMÍA

En términos patológicos, se refiere a la sequedad de la boca por mal funcionamiento de las glándulas salivales. Clínicamente se manifiesta como una disminución en la producción de saliva en la que pueden variar la cantidad y la viscosidad. Suele presentarse en respuesta a la administración de algunos medicamentos (psicotrópicos, anticonvulsivantes, relajantes musculares, antidepressivos, antihipertensivos), o a ciertas enfermedades sistémicas (síndrome de Sjögren o diabetes).^{16, 17}



Imagen 10. Xerostomía.¹⁰

El tratamiento consistirá en estimular la salivación (con el consumo de chicles sin azúcar, caramelos sin azúcar, fármacos colinérgicos; como la pilocarpina) o con sustitutos de saliva naturales; sorbos de agua, consumo de cubitos de hielo, o sustitutos artificiales como la mucina (que puede combinarse con xilitol o flúor) o carboximetilcelulosa.

3.6. EFECTOS DE LA MEDICACIÓN

Existen una gran cantidad de medicamentos que propician la aparición de efectos adversos en la cavidad bucal. Algunos de estos fármacos afectan específicamente los tejidos gingivales (anticonvulsivantes; fenitoina, valproato de sodio, etc., inmunosupresores; ciclosporina, etc.), causando básicamente un incremento de la inflamación, un aumento de volumen gingival o ambas. Otros, por su alto contenido en azúcares (jarabes principalmente), provocan caries.¹⁹

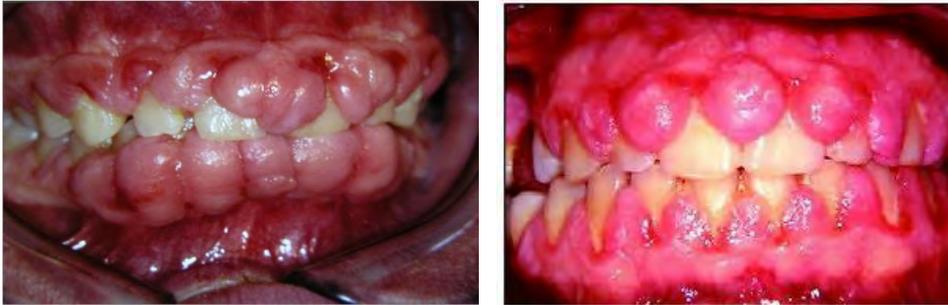


Imagen 11. Agrandamiento gingival, provocado por medicamentos.¹¹

3.7. LESIONES PROVOCADAS

Los hábitos que ocasionan daño físico auto inducido se observan en personas con discapacidad mental. Los signos comunes de conducta destructiva en la boca son desgarrar o amputación de lengua, carrillos, labios, mucosas y encías.

La automutilación puede causar daños en los tejidos orales y periodontales, particularmente en personas con problemas de salud mental como una discapacidad psíquica severa o demencia, donde los labios y la lengua pueden llegar a ser mordidos hasta su completa destrucción.^{20, 21}

El mordisqueo se observa también en pacientes con daño severo del sistema nervioso central, como secuela de un traumatismo, un episodio de isquemia, hemorragia cerebral o una encefalitis.²²

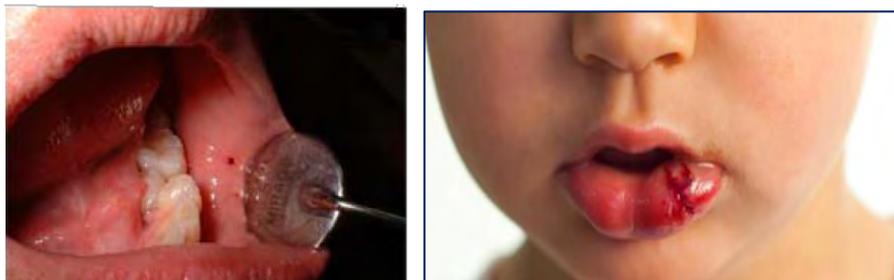


Imagen 12. Lesiones provocadas por mordisqueamiento.¹²

El manejo de las autolesiones orales exige una estrategia individualizada y en ocasiones su eficacia es limitada. Las principales modalidades terapéuticas incluyen: alivio de los síntomas fundamentalmente el dolor y control de la infección, elaboración de protectores bucales y otra aparatología restrictiva como planos de mordida, férulas, o protectores linguales, sedación farmacológica o terapia conductual.^{23,35}

3.8. EROSIÓN

La erosión dental es la pérdida de la estructura dental por causas no mecánicas. Suelen ser de origen intrínsecas o extrínsecas.

Causas intrínsecas se encuentran: reflujo gastroesofágico, vómitos por repetición y la regurgitación.

Causas extrínsecas destacan: la ingesta o uso excesivo de ácidos (cítrico principalmente), consumo de bebidas carbonatadas, alcohólicas, por la medicación con presencia de vitamina C (preparados de hierro o en inhaladores), algunos colutorios y sustitutivos salivales también pueden ser de características ácidas.



Imagen 13. Erosión dental.¹³



Imagen 14. Erosión dental.¹⁴

El tratamiento inmediato para corregir la erosión dental, consiste en la desensibilización con la utilización de dentífricos y colutorios con alta concentración de flúor, la restricción a la exposición de ácidos, al mantenimiento de tratamientos para la reconstrucción de los dientes dañados, modificación y corrección de hábitos nocivos y la prevención.

3.9. BRUXISMO

Se define como el contacto no funcional de los dientes, e incluye contracción de los músculos masticatorios, rechinar de los dientes, movimientos de masticación y raspadura, y golpeteo de los dientes. Esta patología se identifica con mayor frecuencia en niños y adultos con discapacidades del desarrollo.²³



Imagen 15. Bruxismo.¹⁵



Imagen 16. Bruxismo.¹⁶

El tratamiento del bruxismo puede limitarse al equilibrio conservador de la cara oclusal o a una guarda protésica de mordida palatina blanda, principalmente.

4. ELEMENTOS DE HIGIENE ORAL

Una buena higiene bucal debe formar parte los hábitos generales de salud de cada persona, en los pacientes con discapacidad se debe hacer hincapié en que se deben de practicar estos hábitos.



Imagen 17. Tratamiento dental a paciente discapacitado.¹⁷

4.1. CONTROL PERSONAL DE PLACA BACTERIANA (CPP)

La placa dental es una biopelícula bacteriana que no se elimina con facilidad de la superficie de los dientes.



Imagen 18. Biofilm.¹⁸

El control de la placa bacteriana supone una serie de actividades que deben estar perfectamente coordinadas para obtener los mejores resultados preventivos.



Imagen 19. Biofilm.¹⁹

En el control de la placa estamos implicados dos responsables: el paciente y el profesional de la salud bucal.

El diseño para el control de la placa bacteriana debe ser personalizado y deberá estar abierto a modificaciones en función de distintos factores de riesgo que pueden ir variando con el paso del tiempo: la edad, presencia de factores de riesgo, tasa de formación de cálculo dental, grado de cumplimiento de las medidas de higiene (índices de placa), cumplimiento de las visitas de mantenimiento, inflamación gingival o presencia de bolsas periodontales; en definitiva debe acomodarse a la susceptibilidad personal de cada paciente.²⁴

4.2. CONTROL MECÁNICO DE LA PLACA BACTERIANA SUPRAGINGIVAL

Durante el cepillado la eliminación de la placa bacteriana se alcanza principalmente mediante el contacto directo entre los filamentos del cepillo dental y las superficies de los dientes y los tejidos blandos.

Las técnicas usadas para eliminar la placa supragingival son tan antiguas como la historia documentada (primeros registros son de 1600 a.C.) La técnica de cepillado ideal es la que permite lograr la eliminación completa de la placa en el menor tiempo posible sin causar daño en los tejidos.²⁵

4.2.1. CEPILLADO

Diferentes elementos de limpieza se han usado en diferentes culturas (cepillos dentales, palillos de mascar, esponjas para masticar, etc.). En la actualidad el cepillado dental es la medida de higiene bucal más usada para realizar la higiene de la boca. Sin embargo el cepillo dental solo, no provee la limpieza interdental adecuada porque sólo puede alcanzar las superficies vestibulares, linguales y oclusales de los dientes.

Los odontólogos deben familiarizarse con la variedad de formas, tamaños, texturas y otras características de los cepillos disponibles para proporcionarles a sus pacientes el elemento adecuado.

Es importante que el prestador de atención odontológica conozca las ventajas y desventajas de los diversos cepillos (y otros elementos auxiliares) para ofrecer al paciente la información apropiada durante la sesión de enseñanza de higiene bucal.²⁵



Imagen 20. Paciente con síndrome de Down.²⁰

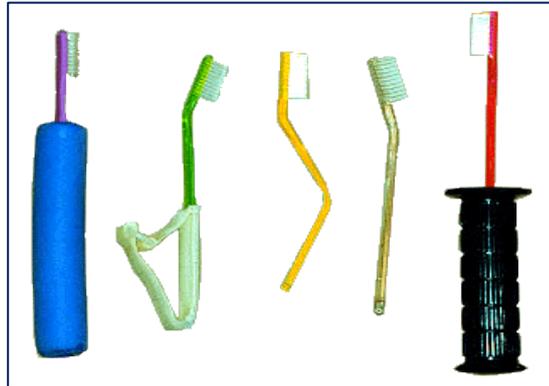


Imagen 21. Cepillos dentales modificados.²¹

4.2.2. TÉCNICAS DE CEPILLADO

A lo largo del tiempo se han recomendado diferentes técnicas de cepillado, pero también se les ha abandonado. Esas técnicas pueden ser clasificadas según la posición y el movimiento del cepillo.

- *Cepillado horizontal*, probablemente la técnica de cepillado más común, suele ser utilizada por personas que nunca han recibido enseñanza sobre cepillado dental.



Imagen 22. Técnica de cepillado horizontal.²²

- *Cepillado vertical (técnica de Leonard, 1939)* similar a la horizontal pero el movimiento se ejerce en sentido vertical con movimientos hacia arriba y abajo.



Imagen 23. Técnica de cepillado vertical.²³

- *Cepillado circular (técnica Fones, 1934)* con los dientes cerrados se coloca el cepillo dentro del carrillo y se ejerce un movimiento circular rápido que se extiende desde la encía superior hasta la inferior con presión leve. En superficies linguales y palatinas se hacen movimientos hacia atrás y adelante. La técnica de barrido incluye una combinación de movimientos circulares horizontales y verticales.



Imagen 24. Técnica de cepillado circular. ²⁴

- *Cepillado del surco (técnica de Bass, 1948)* esta técnica hace hincapié en la limpieza de la zona que se halla directamente debajo del margen gingival. Las puntas de los filamentos se orientan hacia el surco aproximadamente a 45° en relación con el eje mayor del diente. Se desplaza el cepillo hacia atrás y adelante con movimientos cortos sin desalojar las puntas de los filamentos del surco.

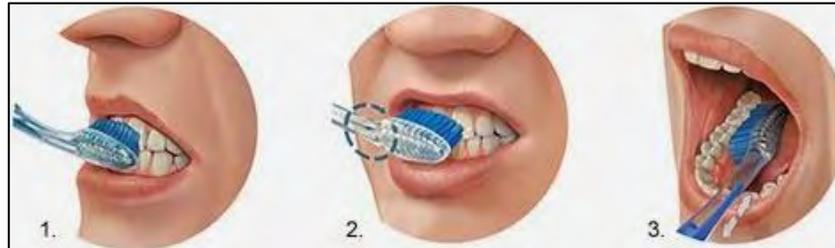


Imagen 25. Técnica de cepillado Bass. ²⁵

- *Técnica vibratoria (Stillman, 1932)* diseñada para masajear y estimular la encía, así como para limpiar las zonas cervicales de los dientes. El cabezal del cepillo se coloca en sentido oblicuo hacia el ápice, con los filamentos colocados en parte sobre el margen gingival y en parte sobre la superficie dentaria. Se imprime presión leve al mango del cepillo junto con un movimiento vibratorio.

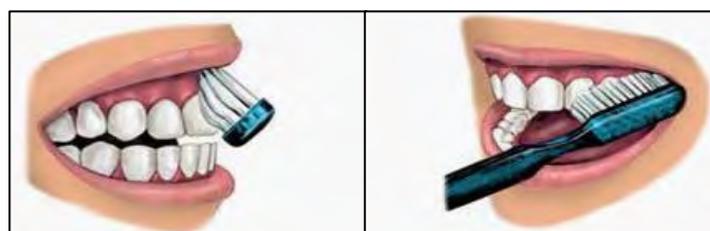


Imagen 26. Técnica de cepillado Stillman. ²⁶

- *Técnica vibratoria (Charters, 1948)* se creó esta técnica para mejorar la eficacia de la limpieza y la estimulación gingival en las zonas interproximales, la posición del cabezal del cepillo es inversa a la técnica de Stillman. El cabezal del cepillo se coloca en sentido oblicuo con las puntas dirigidas hacia las superficies oclusales e incisales. Se ejerce presión leve para flexionar los filamentos e introducir con suavidad las puntas en los espacios interproximales. Después se ejerce un movimiento vibratorio (leve circular) con el mango mientras se mantienen las puntas de los filamentos sobre la superficie dentaria.

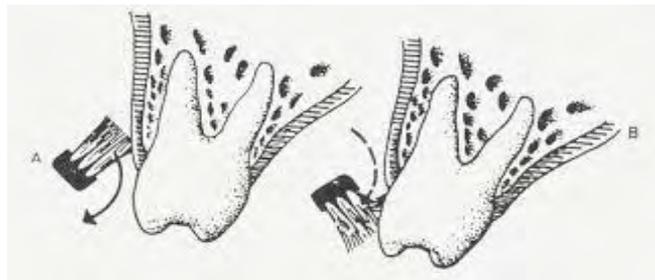


Imagen 27. Técnica de cepillado Charters. ²⁷

- *Técnica de Bass/Stillman modificada:* el cepillo se coloca de una manera similar a la usada en la técnica de Bass/Stillman. Después de activar el cabezal del cepillo hacia atrás y adelante se lo desplaza con movimiento circular sobre la encía y el diente en dirección oclusal y se introducen algunos filamentos en los espacios interdientales. ²⁶



Imagen 28. Técnicas de cepillado Bass/Stillman. ²⁸

4.2.3. FRECUENCIA DEL CEPILLADO

No hay consenso sobre la frecuencia óptima del cepillado. No se sabe con qué frecuencia y cuanta placa hay que eliminar para prevenir enfermedades dentales.

Desde el punto de vista práctico en general se recomienda que los pacientes cepillen sus dientes por lo menos dos veces al día, no solo para eliminar la placa sino también para aplicar flúor mediante el uso de dentrífico con el propósito de prevenir las caries. Es posible que esta recomendación también se base en razones de practicidad y sensación de frescura en la boca.

4.2.4. DURACIÓN DEL CEPILLADO

Los pacientes suelen pensar que dedican al cepillado más tiempo del que le dedican realmente.

La literatura dice que en un tiempo de 2 minutos se alcanza una eliminación de la placa de eficacia óptima tanto con los cepillos manuales como con los eléctricos.²⁶

4.3. ELEMENTOS AUXILIARES

4.3.1. CEPILLOS ELÉCTRICOS

Básicamente están indicados en tres situaciones:

1. Individuos que carecen de destreza motora fina
2. Niños pequeños, pacientes discapacitados, o pacientes hospitalizados que tienen que ser cepillados por otra persona
3. Pacientes con aparatos de ortodoncia

No se ha demostrado que los cepillos eléctricos sean superiores a los manuales, aunque los pacientes, cuando adquieren un cepillo eléctrico consiguen, de forma temporal, una mejor remoción de placa porque se cepillan más veces y durante más tiempo, al ser esta una actividad novedosa.²⁶



Imagen 29. Cepillos eléctricos.²⁹

4.3.2. DENTÍFRICOS

Los dentífricos son elementos auxiliares para la higiene dental. Existen en forma de pasta, gel, líquido y polvo. Su efecto limpiador está relacionado con su contenido en abrasivos, que son el elemento más importante en la composición del dentrífico. Entre los más utilizados están: el carbonato de calcio, el fosfato de calcio y el bicarbonato de sodio. La abrasión se mide en unidades del índice RDA (Abrasión Relativa Dentinaria), de manera que 40 RDA es una abrasión suave, 120 normal, 170 media y 250 RDA una abrasión fuerte.²⁶



Imagen 30. Dentríficos.³⁰

4.3.3. HILO DENTAL

Es el método más ampliamente recomendado para la limpieza de las superficies interproximales. Debe utilizarse un trozo de hilo de entre 20 a 30 cm de largo. Se enrolla, para fijarlo por cada extremo, en el dedo índice de cada mano y se extiende a tensión. La parte central se dirige con los pulgares, de manera que queda entre estos dedos una parte activa de unos 2 cm, y se pasa con suavidad a través, de cada área de contacto con un movimiento firme a lo largo del diente, hacia arriba y abajo de forma suave. El uso del hilo puede

facilitarse mediante el empleo de aplicadores o portahilos, que son instrumentos caracterizados por poseer una horquilla, entre cuyas ramas, mantienen el hilo a tensión. Están indicados en pacientes que no tienen destreza manual, y para la limpieza de dientes de personas enfermas por sus cuidadores.²⁶

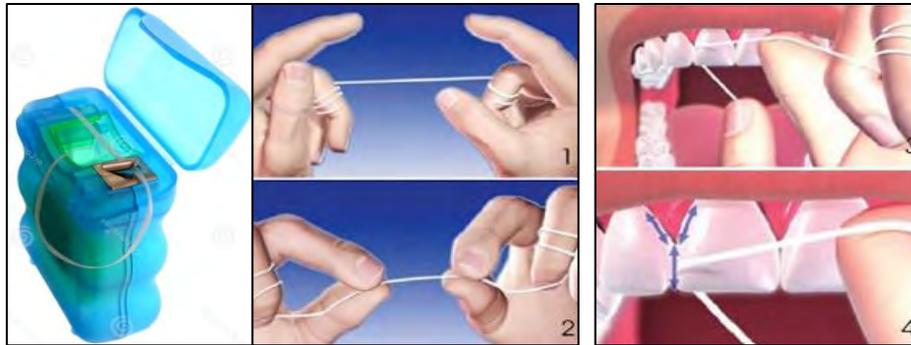


Imagen 31. Hilo dental.³¹

4.3.4. CEPILLOS INTERPROXIMALES

Son adecuados para limpiar superficies interproximales grandes. Al introducirse en el espacio interproximal, sus cerdas se deforman y se adaptan totalmente a las superficies dentarias. El diámetro del cepillo debe ser un poco mayor que los nichos gingivales interdentarios, de tal manera que las cerdas ejerzan presión sobre las superficies dentales.²⁶

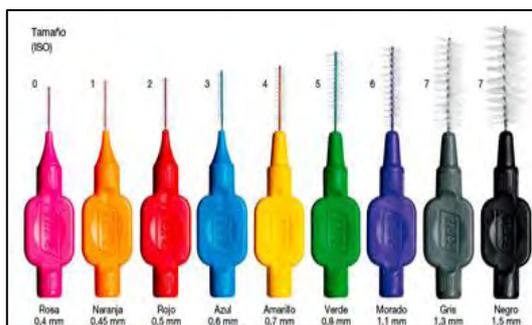


Imagen 32. Cepillos interdentes.³²



Imagen 33. Cepillos interdentes.³³

4.3.5. IRRIGADORES BUCALES

Trabajan dirigiendo un chorro de agua a presión hacia los dientes. Limpian las bacterias no adherentes y restos de la cavidad bucal con mayor eficacia que los cepillos dentales y enjuagues bucales. Son especialmente útiles para eliminar los restos no estructurados de zonas inaccesibles. El flujo ha de

enviarse en un ángulo de 45° sobre la superficie dental. El paciente nunca debe irrigar subgingivalmente. Puede penetrar hasta el 50% de una bolsa periodontal y remover la placa libre, pero no la adherida.²⁶



Imagen 34. Irrigadores dentales.³⁴

4.3.6. MASAJEADORES GINGIVALES

Son conos de goma o material blando, montados en un mango, que sirven para masajear las papilas y el resto de la encía. Su beneficio para el mantenimiento de la salud gingival es de menor importancia.

4.3.7. REVELADORES DE PLACA

Son útiles porque proporcionan al paciente una herramienta de autoeducación y motivación. Se presentan en el mercado en forma de líquidos o de comprimidos que tiñen cualquier superficie con materia orgánica.²⁶



Imagen 35. Revelador de placa bacteriana.³⁵

4.3.8. COLUTORIOS

Los agentes químicos más utilizados como inhibidores químicos de la placa y cálculo son la clorhexidina y los aceites esenciales o fenoles. La clorhexidina es una diguanidohexano con importantes propiedades antisépticas, capaz de disminuir la placa entre un 45 y un 61% y la gingivitis entre un 27 a 67%. Aceites esenciales o fenoles son capaces de disminuir la placa entre un 20 a 35% y la gingivitis un 25 a 35%.

Otros agentes químicos con propiedades antisépticas son fluoruros (estaño, sodio, fosfato acidulado), derivados de amonio cuaternario (cloruro de benzalconio), sanguinaria, hexetidina y Triclosán. El Triclosán pertenece a la familia de agentes antiplaca, mejorando su eficacia cuando se combina el empleo de colutorio y dentrífico.²⁶



Imagen 36. Colutorios Dentales.³⁶

4.4. DIETA

Las personas con algún tipo de discapacidad requieren modificaciones dietéticas, que pueden acrecentar el riesgo de aparición de patología oral. Los problemas masticatorios pueden soportar una baja ingesta de frutas, verduras y carnes, y muchas comidas trituradas incorporan una gran cantidad de azúcares libres, aumentando en consecuencia su potencial cariogénico. La reducción de la producción de saliva, generalmente de origen medicamentoso, también compromete el proceso de deglución e incrementa el riesgo de caries.

Determinadas condiciones sistémicas como la parálisis cerebral o el síndrome de Down, conlleva a menudo alteraciones del desarrollo orofacial que pueden afectar a la succión y la deglución.

La dificultad para deglutir provoca una retención prolongada de los alimentos en la cavidad oral, incrementando su potencial cariogénico. Los pacientes con una funcionalidad oromotora pobre, tienen un riesgo añadido de atragantamiento, por lo que sólo tolera la ingesta de pequeñas cantidades de alimentos. Esto implica además aumentar la frecuencia de comidas, una práctica poco favorable en términos de salud oral.^{27, 33}

4.4.1. RECOMENDACIONES DIETÉTICAS

En el contexto de la educación para la salud oral, el consejo dietético dirigido a padres y cuidadores es prioritario para reducir la incidencia de caries, y debe incluir lo siguiente:

Promocionar el modelo de la pirámide alimentaria.

- a) Reducción en el número de ingestas de jugos u otros alimentos azucarados, limitándolas si es posible a las comidas principales.
- b) Promover el consumo de alimentos no cariogénicos.
- c) Después de una comida con alto contenido en azúcares se deben remover los restos de la cavidad oral, preferiblemente mediante cepillado.
- d) Restringir el azúcar, evitando especialmente los productos en los que el tiempo de permanencia en la boca es muy prolongado (como los caramelos).
- e) Recomendar y ser enfáticos en que se debe impedir que los niños duerman con biberón.^{27, 33}

5. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Al igual que ocurre cuando se planifica el tratamiento odontológico, los programas de higiene oral deben individualizarse en función de las necesidades de cada paciente, teniendo en cuenta sus limitaciones (físicas y psíquicas) y las de su entorno.

Siempre que sea posible, el trabajo de educación y motivación debe realizarse directamente con los pacientes pero involucrando simultáneamente a los padres y cuidadores. Cuando se planifica con tiempo y paciencia, y se adquiere una cierta experiencia para solventar condiciones físicas, psíquicas o de comportamiento, se puede llegar a motivar al paciente eficazmente y conseguir su colaboración, aunque esta estrategia no siempre es factible ni exitosa.

El comportamiento y en consecuencia el grado de colaboración, pueden constituir un problema importante a la hora de aplicar correctamente un procedimiento de higiene oral. De entre las técnicas para la modificación de la conducta, la denominada técnica Decir-Mostrar-Hacer se considera la más indicada para instruir en higiene bucodental a los discapacitados psíquicos y físicos con limitaciones leves o moderadas, y en general a cualquier persona con alguna discapacidad que conserve en cierta medida sus habilidades.

Existen algunas herramientas que pueden resultar útiles para ayudar a los pacientes con discapacidades a percibir el paso del tiempo mientras se procede al cepillado dental u otro procedimiento de higiene oral. Si el nivel de comprensión es suficiente se puede emplear un cronometro de números grandes o los relojes de arena también resultan muy prácticos a la hora del cepillado.

La fase de mantenimiento se fundamenta en las revisiones periódicas. La pauta ideal en personas con discapacidad que no se consideren de “alto riesgo de patología oral” es una revisión semestral, con refuerzo de la motivación, y valoración de la necesidad de tartrectomía, aplicación de fluoruros y diagnóstico radiográfico.

En pacientes con antecedentes importantes de enfermedad periodontal, caries u otros procesos patológicos orales, estará indicado aumentar la frecuencia de las revisiones, pudiendo llegar a alcanzar una periodicidad trimestral.

Es primordial recompensar a los pacientes con refuerzos positivos cuando en las revisiones periódicas se confirme que mantienen unos niveles de higiene oral aceptables.²⁷

6. ESTRATEGIAS PARA LA HIGIENE ORAL MÁS RECOMENDADAS EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD

La higiene bucal en conjunto con una dieta saludable y visitas periódicas al odontólogo son de gran ayuda para prevenir enfermedades como la caries y problemas de las encías que pueden llevar a provocar dolor, inflamación y sangrado en encías.

Estas recomendaciones están dirigidas a los cuidadores de las personas en situación de discapacidad que requieren apoyo parcial o total al momento del cepillado de dientes y tienen el propósito de facilitar los cuidados de salud bucal en el hogar, entregando consejos para mantener una buena higiene bucal de la persona en situación de discapacidad.

Las personas en situación de discapacidad requieren ser apoyadas para realizar la higiene bucal.

- La ayuda proporcionada dependerá del grado de discapacidad, de la edad, capacidades individuales, madurez mental, emotiva y psicomotora.
- Apoyar a la persona para que participe tanto como pueda en el cepillado de sus dientes. Fomentar y estimular con imaginación y creatividad.
- Si el cuidador es la persona que apoyará a la persona en situación de discapacidad, deberá explicar siempre lo que va a hacer antes de comenzar. Lo hará de una manera suave y respetuosa.

- La higiene de la boca se debe iniciar desde el nacimiento, antes de que aparezcan los primeros dientes.
- Limpiar las mucosas y encías con una gasa, pasándola por todo el interior de la boca y la lengua después que el niño ingiera algún alimento.
- Cuando aparecen los primeros dientes, deberá usar cepillo de dientes.
- Es necesario cepillar los dientes todos los días, después de cada comida, al menos 2 veces al día, siendo el más importante el cepillado de la noche antes de dormir.
- El cepillado debe durar lo que sea necesario para lograr cepillar todos los dientes por todos lados. Si es necesario, el cepillado se puede realizar en 2 o más momentos cortos.
- Realizar el cepillado de dientes a la misma hora y de la misma manera todos los días para que se transforme en parte de la rutina diaria.
- El uso de calendarios o gráficos para registrar los cepillados realizados puede servir para reforzar las conductas positivas y premiar los logros alcanzados.

6.1. RECOMENDACIONES PARA EL CEPILLADO

- Identificar un lugar cómodo e iluminado donde realizar la higiene bucal, adaptándolo a los requerimientos de la persona (silla, cama, cojines, elementos para contener, etc.). Puede utilizar una lámpara portátil.
- Preparar elementos para realizar la higiene bucal y ponerlos al alcance.
- Agregar pasta de dientes en el cepillo.
- Acompañar a la persona durante el cepillado, asegurándose de que limpie todas las superficies de todos los dientes. Si la persona no puede hacerlo, deberá encargarse el cuidador.
- Utilizar la técnica indicada por el odontólogo, considerando que lo importante es que todas las superficies de los dientes queden limpias.
- Ayudar a limpiar la lengua con el cepillo o con una gasa.
- Asegurarse que se eliminen los excesos de pasta.
- Secar los labios y la cara.

- Lavar el cepillo de dientes con agua, sacudirlo para eliminar los excesos y guardarlo en posición vertical para permitir el secado al aire.



Imagen 37. Higiene oral en pacientes discapacitados.³⁷

6.1.1. CEPILLADO CON AYUDA PARCIAL

La persona puede cepillarse los dientes, pero requiere ayuda para realizar un cepillado correcto.

La ayuda que el cuidador o responsable deberá entregar dependerá de las destrezas que la persona pueda desarrollar.

Se deberá empezar con mostrar en la propia boca como cepillar los dientes. Luego se pedirá a la persona que imite estos movimientos en su boca, si es necesario se podrá tomar la mano y guiarle.

Fomentar los hábitos de higiene en base a la imitación. Se puede realizar el cepillado frente a un espejo para que la persona pueda ver los movimientos del cepillo.

Es importante guiar la forma en que se sujeta el cepillo, como se coloca en la boca y los movimientos que se realizan para cepillar adecuadamente todas las superficies de todos los dientes.

Se puede ubicar detrás de la persona o un poco hacia el lado de ella y tomar su mano para guiar y corregir los movimientos cuando sea necesario.

Adoptar la posición más cómoda para los dos.

Una vez que se hayan cepillado todos los dientes, se pide a la persona que toque sus dientes con la lengua. Todos los dientes deben sentirse suaves.



Imagen 38. Higiene oral en pacientes discapacitados. ³⁸

6.1.2. CEPILLADO CON AYUDA TOTAL

Para realizar el cepillado, la persona debe estar cómoda con la cabeza firme. Si es necesario, una tercera persona puede ayudar.

Si la persona está en silla de ruedas, el cuidador se ubicará por detrás de la silla. Inclinará la silla de ruedas hasta apoyar el respaldo sobre un cojín. Para evitar los movimientos involuntarios, se puede utilizar una sábana que ayude a disminuirlos.

Si la persona está en cama, el cuidador se ubicará por el borde lateral de la cama. Buscando la posición más cómoda para los dos, lo que dependerá de sus características y preferencias.

Para iniciar el cepillado deberá desplazar suavemente la mejilla y los labios con los dedos índice y medio; cepillando todos los dientes con movimientos suaves, siguiendo las indicaciones del odontólogo.

En caso de no poder cepillar todos los dientes en un solo momento, se deben hacer sesiones cortas de cepillado, registrando cada vez las zonas cepilladas. Repetir las sesiones hasta que todos los dientes queden limpios.

6.2. PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN AL REALIZAR LA HIGIENE BUCAL

6.2.1. NÁUSEAS O VÓMITOS

Para reducir las náuseas y vómitos durante el cepillado, se deben masajear las encías, lengua y mejillas para ir preparando a la persona a las sensaciones del cepillado, empezando siempre por fuera de los dientes.

6.2.2. RESISTENCIA AL CEPILLADO

Para disminuir la ansiedad que puede provocar el cepillado la persona se debe familiarizar con el cepillo, debe tocarlo, jugar con él, incluso puede llevarlo a su boca. También se puede masajear las encías con el dedo, una gasa o esponja para imitar la sensación del cepillado, procurando siempre proteger los dedos de posibles mordidas y cuando la persona se familiarice con el cepillo, cepillarle los dientes suavemente. Aumentando poco a poco la duración del cepillado hasta lograr limpiar todos los dientes, procurando realizar el proceso suavemente, respetando las necesidades de la otra persona. Se recomienda relacionar el cepillado con estímulos agradables, horarios y lugares cómodos.

6.2.3. SANGRADO DE LAS ENCÍAS

Cepillar los dientes, incluso si las encías sangran al hacerlo. Hacerlo de manera suave y se podrá observar como disminuye el sangrado en el tiempo. Si las encías continúan sangrando a pesar de realizar el cepillado suave, se debe consultar al odontólogo. Lo normal es que con un cepillo suave, en buen estado y siendo constante en el tiempo, las encías recuperen su color rosado y disminuirá el sangrado.

Se debe ser cuidadoso al seleccionar los implementos para la higiene oral casera del paciente discapacitado, pues se debe considerar su nivel socioeconómico, discapacidad, motricidad, supervisión, motivación y cooperación. Existen diferentes opciones en el mercado, lo que permite al profesional de la salud recomendar productos que se adecúen a las necesidades especiales de cada paciente.

7. DISEÑO DE UNA HISTORIA CLÍNICA

Fecha: ____/____/____
Día Mes Año

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente _____	Edad: _____	Sexo: _____
Domicilio: _____		
Teléfono: _____	Estado civil: _____	Ocupación: _____
Escolaridad: _____	Lugar de nacimiento: _____	Religión: _____
Nombre del médico familiar: _____	Teléfono: _____	
Interrogatorio: _____		

2. INTERROGATORIO (TODOS LOS DATOS QUE USTED PROPORCIONE SON CONFIDENCIALES)

<p>Padecimiento actual: _____</p> <p>¿Actualmente está bajo tratamiento médico o tomando algún medicamento o droga?: _____</p> <p>¿Padece alguna alergia? (Medicamento, alimento, droga) _____</p> <p>¿Alguna vez ha tenido una hemorragia que requirió tratamiento especial? _____</p> <p>¿Presenta alguna de las siguientes enfermedades? Diabetes, Presión sanguínea alta o baja, Soplo en el corazón, Asma, Artritis, Convulsiones, Epilepsia, Tuberculosis, Anemia, Tratamiento psiquiátrico, Sinusitis, Infarto al miocardio, o alguna otra: _____</p> <p>¿Le han aplicado anestésico antes? _____ Se presentó alguna reacción indeseada: _____</p>

3. SIGNOS VITALES

TA: ____/____ mmhg	FC: _____ x min.	FR: _____ x min.
Peso: _____ Kg.	Estatura: _____ cm	

4. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Sarampión	
Rubeola	
Varicela	
Escarlatina	
Tuberculosis	
Fiebre reumática	
Cardiopatía	
Epilepsia	
Hepatitis	
Amigdalitis	
Hemorragias	

5. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Diabetes	
Tuberculosis	
Obesidad	
Neoplasias	
Cardiopatías	
TA alta o baja	
Artritis	
Hemofilia	
Alergias	
Padecimientos mentales	
Epilepsias	
Alcoholismo	
Malformaciones congénitas	

6 INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Digestivo: Disfagia, polifagia, pirosis, náuseas, vómito, eructos, regurgitación, dolor, abdominal, etc.	
Respiratorio: Epistaxis, obstrucción o prurito nasal, estornudos, disfonía, tos, disnea, cianosis, etc.	
Cardiovascular: Palpitaciones, disnea, cianosis, dolor precordial, edema, síncope o lipotimia, etc.	
Endócrino: Poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de vello axilar o púbico, ginecomastia, cambios de voz, tolerancia al frío o calor, variaciones de peso.	
Hemolinfático: Petequias, equimosis, hematomas, sangrado espontáneo de mucosas, sangrado prolongado de heridas, edema, palidez, etc.	
Genitourinario: Poliuria, hematuria, disuria, incontinencia urinaria, expulsión de cálculos, etc. Mujeres: leucorrea, dismenorrea, prurito vaginal, fecha de última menstruación, menorragia, amenorrea, embarazos, etc.	
Nervioso: Paresia, parestesia, motilidad general, temblores, cefalea, vértigo, convulsiones, diplopía, visión borrosa, escotomas, audición, tinitus, insomnio, angustia, depresión, memoria, atención, delirios, etc.	
Músculo esquelético: Artralgias, artritis, deformidad articular, limitación del movimiento, etc.	
Tegumentario: Máculas, vesículas, úlceras, prurito, diaforesis, sequedad cutánea, caída de vello o pelo, deformidades de uñas, etc.	

DECLARO QUE TODOS LOS DATOS ANTES DESCRITOS SON VERDADEROS:

Nombre y firma del paciente, padre o tutor: _____

7. EXPLORACIÓN BUCAL

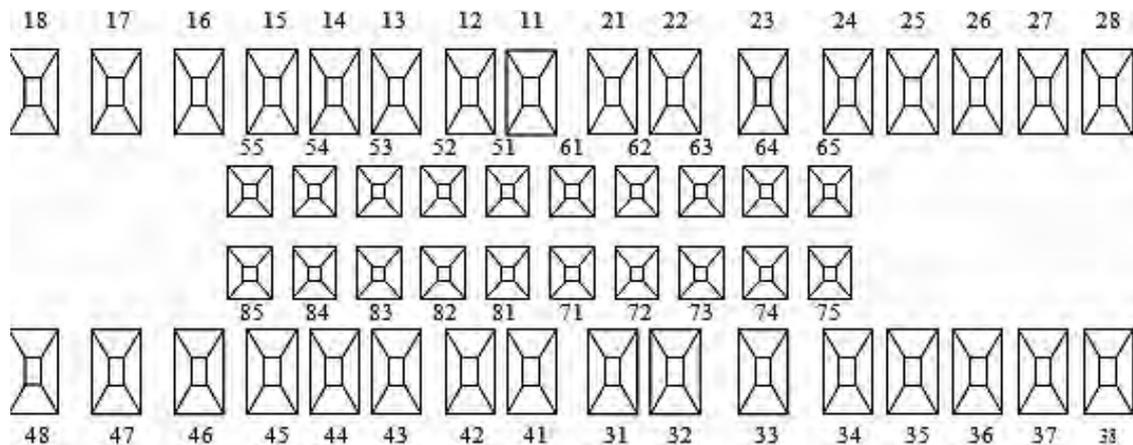
Labios _____	Carrillos _____	Vestíbulo _____
Lengua _____	Piso de boca _____	Paladar _____
ATM _____	Tipo de oclusión _____	Movilidad _____

	Adecuada	Inadecuada
Prótesis		
Total		
Removible		
Fija		

Diagnóstico de presunción bucal	
---------------------------------	--

Observaciones: _____

8. ODONTOGRAMA



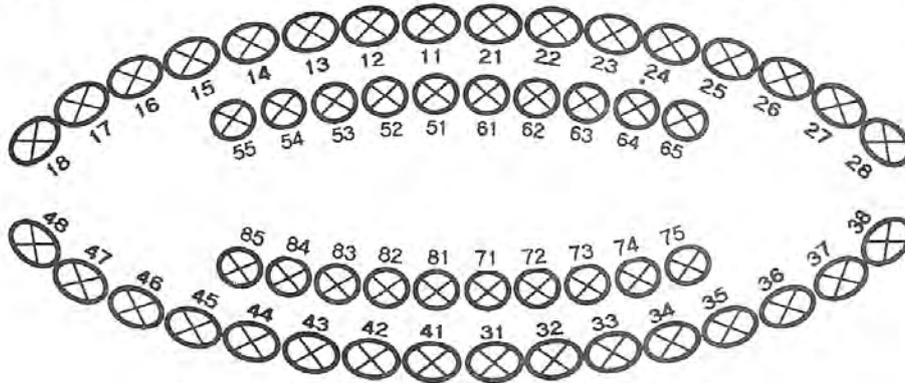
0	Diente sano
1	Diente con caries
2	Diente obturado con caries
3	Diente obturado sin caries
4	Diente ausente o por extraer
5	Diente con tx de conductos
6	Diente con problema periodontal
7	Diente con prótesis
8	Diente con mal oclusión
—	Sarro

Bolsas periodontales _____
Dientes ausentes _____
Traumatismos _____
Obturaciones _____ Caries _____
Interpretación radiográfica: _____
Diagnóstico: _____
Pronóstico: _____
Plan de tratamiento _____
Higiene que practica (buena, mala) _____

9. CONTROL PERSONAL DE PLACA DENTOBACTERIANA

PORCENTAJE: _____%

FECHA: _____



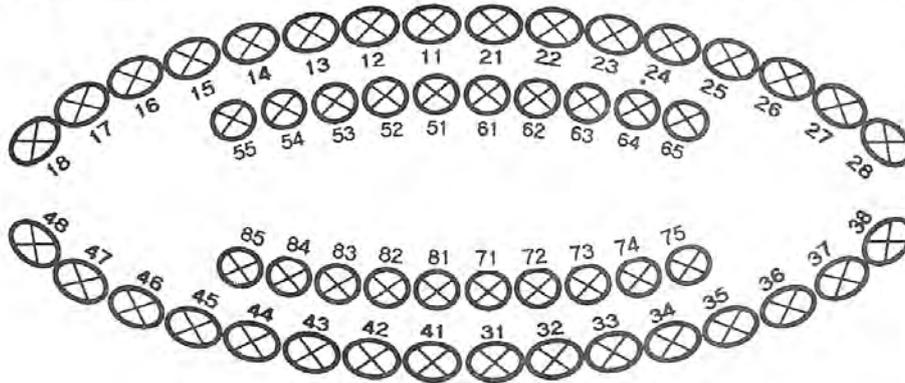
TOTAL DE DIENTES: _____

TOTAL DE CARAS: _____

TOTAL DE CARAS TEÑIDAS: _____

PORCENTAJE: _____%

FECHA: _____



TOTAL DE DIENTES: _____

TOTAL DE CARAS: _____

TOTAL DE CARAS TEÑIDAS: _____

10. CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con el examen buco dental practicado cuidadosamente a su persona, se presenta este documento escrito, el cual, deberá ser revisado y firmado por el paciente, padre o tutor, y por medio del cual acepta, bajo la debida información de los riesgos y beneficios esperados del procedimiento a realizarse.

Declaro:

Que cuento con la información suficiente sobre mi (s) padecimiento (s) bucodentales, y sobre los riesgos y beneficios durante mi tratamiento restaurativo, en el que puede haber cambios y modificaciones al procedimiento originalmente planteado.

Entiendo el tratamiento que se me va a realizar, los riesgos que implica y la posibilidad de complicaciones del mismo.

Que puedo requerir tratamientos complementarios de los propuestos en el plan de tratamiento original.

Que en caso de padecer alguna enfermedad sistémica de importancia, deberé presentar autorización del médico tratante, si se requiere.

Que soy responsable de comunicar mi decisión y lo antes informado a mi familia.

En virtud de lo anterior, doy mi consentimiento por escrito para que se me lleven a cabo los procedimientos restaurativos que el profesional de la salud bucal, considere necesarios, en el atendido de que si ocurren complicaciones en la aplicación de las diferentes técnicas restaurativas, no existe conducta dolosa.

Acepto

Firma del paciente, padre o tutor.

Firma del odontólogo

EXPEDIENTE CLÍNICO ODONTOLÓGICO DE URGENCIA

Fecha: / /
 Día Mes Año

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: _____	EDAD: _____	SEXO: _____
DOMICILIO: _____		
OCUPACIÓN: _____	TELÉFONO: _____	LUGAR DE NACIMIENTO: _____
ESCOLARIDAD: _____	ESTADO CIVIL: _____	INTERROGATORIO: _____

INTERROGATORIO (TODOS LOS DATOS QUE PROPORCIONE SERÁN CONFIDENCIALES)

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____
PADECIMIENTO ACTUAL: _____
ESTA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO ACTUALMENTE O TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO: _____
ALERGIA A ALIMENTOS, MEDICAMENTOS: _____
¿PADECE DIABETES, ASMA, FIEBRE REUMÁTICA, HEPATITIS, CONVULSIONES, TENSIÓN ARTERIAL ALTA O BAJA, ENFERMEDAD DEL CORAZÓN, U OTRA ENFERMEDAD?: _____
¿ALGUNA VEZ TUVO UNA HEMORRAGIA QUE REQUIRIÓ TRATAMIENTO ESPECIAL? _____
LE HAN APLICADO ALGÚN ANESTÉSICO ANTES: _____
SE PRESENTÓ ALGUNA REACCIÓN INDESEABLE: _____
¿HA COMIDO O BEBIDO ALGO EN LAS ÚLTIMAS 4 HORAS? _____

SIGNOS VITALES

TA: / MMHG	FC: X MIN.	FR: X MIN.
PESO: KG	ESTATURA: CM	

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

SARAMPIÓN: _____
RUBEOLA: _____
ESCARLATINA: _____
VARICELA: _____
HEPATITIS: _____
TRAUMATISMOS: _____
TRANSFUSIONES: _____
QUIRÚRGICAS: _____
OTROS: _____

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

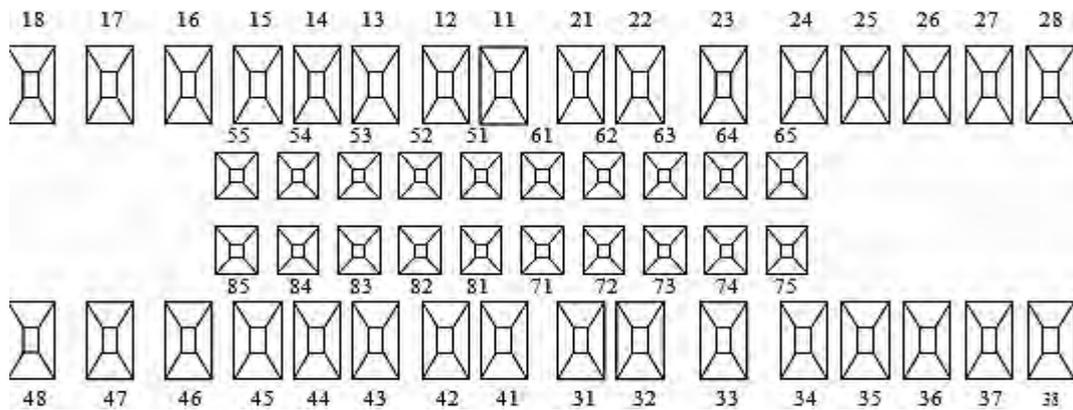
DIABETES: _____
TA ALTA O BAJA: _____
CARDIOPATÍAS: _____
NEUMOPATÍAS: _____
PSICOLÓGICOS: _____
EPILEPSIA: _____
MALFORMACIONES: _____
TUBERCULOSIS: _____
NEOPLASIAS: _____
REUMATOLÓGICOS: _____
OTROS: _____

OBSERVACIONES:

EXAMEN BUCODENTAL

LABIOS: _____ CARRILLOS: _____ PISO DE BOCA: _____		
OCLUSIÓN: _____ ATM: _____ MOVILIDAD: _____		
BOLSAS PERIODONTALES: _____ DIENTES AUSENTES: _____		
DOLOR A LA PERCUSIÓN: _____ / _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> VERTICAL HORIZONTAL </div>		
PRÓTESIS	ADECUADA	INADECUADA
TOTAL		
REMOVIBLE		
FIJA		

ODONTOGRAMA



INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA: _____
DIAGNÓSTICO: _____
PRONÓSTICO: _____
PLAN DE TRATAMIENTO: _____
HIGIENE BUCAL QUE PRACTICA: BUENA: _____ REGULAR _____ MALA _____
CONTROL DE PERSONAL DE PLACA DENTOBACTERIANA: _____

8. CONCLUSIONES

Existe cada vez un mayor número de personas con discapacidades, que requieren de una atención odontológica especial, la cual debe de ser segura y de calidad.

Es por eso que el personal de salud debe capacitarse para poder ofrecer un excelente servicio a estos pacientes, la atención humanizada que requieren, el respeto a su dignidad y sus necesidades.

Para obtener la colaboración del paciente en la asistencia odontológica, es fundamental establecer una verdadera comunicación entre ambas partes y así, poder conocer que le gusta o molesta y aprender a valorar los esfuerzos que realizan, identificando sus pequeños logros. En ocasiones los pacientes no logran comprender los objetivos del profesional, lo que se traduce en dificultades en la comunicación y en algunos casos, no tener su colaboración.

Por tal motivo, es importante que el odontólogo sea capacitado e informado sobre las características que poseen este tipo de pacientes, con la finalidad de poderles brindar información sobre el ámbito de higiene bucal, de las modificaciones a los hábitos alimenticios, el reforzamiento sobre la corrección de hábitos nocivos y poder elegir el tratamiento a seguir específicamente para la atención de cada paciente en particular.

Es relevante que los pacientes con discapacidad, así como sus cuidadores, padres o encargados, deban recibir consejos sobre higiene bucodental, así como medidas preventivas que deben de prevalecer en cuanto erupcionan los primeros dientes. Para mejorar y mantener la salud oral de estos pacientes, es preciso conocer sus necesidades y condiciones individuales y las distintas opciones que ofrece el mercado en cuanto a cepillos, aditamentos para higiene interdental y control químico de placa. De este modo, se hará una selección adecuada que redundará en beneficios para el paciente, mejorando su calidad de vida manteniéndose saludable.

Asimismo se requiere mayor tiempo clínico para atender a los pacientes con discapacidad, debido a los cuidados adicionales que necesitan por sus limitaciones en el funcionamiento intelectual y sus habilidades de adaptación. Ya que se deben adaptar algunas técnicas asistenciales y utilizar procedimientos alternativo a los convencionales, adecuando la cura y la rehabilitación a la condición especial del paciente.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de la Naciones Unidas (ONU). Nota descriptiva. Discapacidad y salud. Noviembre 2016.
Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>.
2. Silvestre F J. Plaza A. Odontología en pacientes especiales. 1ª. ed. Universidad de Valencia: Editorial publicaciones de la UNIVE, 2007. Pp. 249-266.
3. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). Tipos de Discapacidad. Disponible: http://www.cndh.org.mx/Discapacidad_Tipos.
4. Organización de la Naciones Unidas (ONU). Nota descriptiva. Discapacidad y salud. Noviembre 2016.
Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>.
5. Lara D. Grupos en situación de vulnerabilidad. 1ª. ed. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). México 2015. Pp. 80-89.
6. Hennequin M, Moysan V, Jourdan D, Dorin M, Nicolás E. Inequalities in oral health for children with disabilities: a French national survey in special schools. PLoS One. 2008; 3(6):e2564. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18575600>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2432497>.
7. De Rojas F., Fuentemayor V. Manual de higiene oral. 1ª. ed. Buenos Aires: Editorial: Médica Panamericana, 2012. Pp. 54.
8. Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Asamblea General, 76ª sesión plenaria, Resolución A/Res/61/106). Nueva York: ONU.
9. Silvestre F J. Plaza A. Odontología en pacientes especiales. 1ª. ed. Universidad de Valencia: Editorial publicaciones de la UNIVE, 2007. Pp. 253-254.
10. Negroni M. Microbiología estomatológica. Fundamentos y guía práctica. 2a.ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2009. Pp. 247.
11. Trevi G, Regenerativa M, Rivera G, Ph S. Guía para el cuidado de la salud oral en pacientes con necesidad de cuidados especiales de salud en México. Rev. ADM. 2011; 68(5):222–8.

12. Lindhe L. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5ª. ed. Buenos Aires Argentina: Editorial Med. Panamericana, 2009. Pp. 655-670.
13. Decreto por el que se aprueba el Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018. Séptima Sección-Extraordinaria. Recuperado el 19 de mayo de 2014 de: http://conadis.gob.mx/doc/noticias/20140502_programaNacionalDesarrolloInclusionPCD.pdf.
14. Castañeda NT, Calzadilla AR. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. Rev. Cubana Est. 2001; 38(3):181–91.
15. Nocchi C. Odontología restauradora. Salud y estética. 2ª. ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2008. pp. 372.
16. Ceccotti E., Sforza R., Carzoglio J., Luberti R., Flichman J. El diagnóstico en Clínica Estomatológica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2007. pp. 576.
17. Diario Oficial de la Federación [DOF]. (2011). Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Gobierno de la República, Secretaría de Desarrollo Social. México, 30 de mayo de 2011.
18. Ortega J, Hernández G, Tercero K, López M. Tratamiento dental en pacientes con discapacidad. Rev. Electrónica: Med. Salud y Sociedad ENERO 2015; 5 (2); 182-188 Disponible en: <http://cienciasdelasaluduv.com/site/>.
19. Lindhe L. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5ª. ed. Buenos Aires Argentina: Editorial Medica Panamericana, 2009. Pp. 410.
20. Barragán Bechera JC, Riaño CM, Martínez M. Universidad y salud. Rev. Univ. y salud. 2012; 14(2):186–96.
21. Espinoza KM, Heaton LJ. Communicating with Patients with Special Health Care Needs. Dent Clin North Am. 2016; 60(3):693–705. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2016.02.004>.
22. Hollingsworth L, Kalambouka A. Giving a Voice to the Person in My Dental Chair: Communication with People with Learning Disabilities. Prim Dent J. 2015; 4(2):70–6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26556262>.

23. Villafranca F., Mondragón M., et al. Higienistas dentales. 1ª. ed. España: Editorial MAD, 2006. Pp. 304.
24. De Rojas F., Fuentemayor V. Manual de higiene oral. 1ª. ed. Buenos Aires: Editorial: Médica Panamericana, 2012. Pp. 49.
25. Lindhe L. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5ª. ed. Buenos Aires Argentina: Editorial Medica Panamericana, 2009. Pp. 708-712.
26. Sánchez A. Manual de Prácticas de Periodoncia: 4º de Odontología Clínica Odontológica Universitaria. 1ª ed. España: Editorial Universidad de Murcia, 2006. Pp. 55-60.
27. De Rojas F., Fuentemayor V. Manual de higiene oral. 1ª. ed. Buenos Aires: Editorial: Médica Panamericana, 2012. Pp. 95-102.
28. Marulanda J, Betancur JD, Espinosa S, Gómez JL, Tapias A. Salud oral en discapacitados. Rev. CES Odontol [Internet]. 2011; 24(1):71–6. Disponible en: <http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/119/>.
29. Melorose J, Perroy R, Careas S. Manejo De Pacientes Con Diversidad Funcional En El Ámbito Odontológico. Rev. Venez Invest Odont. 2015; 1(2):121–35.
30. Vásquez P, Braúna MH, Nogueira V, Resende L, Castilho LA, Risk factors for dental caries in children with developmental disabilities. Rev. Braz. Oral Res. 2016; 30(1):1–7.
31. Véliz S, Vergara D, Síndrome E, Salas M, Leiva N. Ortodoncia en el paciente con Síndrome de Down. Rev. Dent. De Chile 2015; 106(3):4–7.
32. Surabian SR. Americans with Disabilities Act. Its Importance in Special Care Dentistry. Rev. Dent Clin North Am [Internet]. 2016; 60(3):627–47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2016.02.008>.
33. Torres LM. Las características oclusales de la dentición decidua y el estado nutricional en niños. Rev. Odontol pediátr (Lima). 2008; 7(2):15–9.
34. Salinas YJ, Millán RE, León JC. Lesiones traumáticas. Conducta odontológica. Acta Odont. Venez. Caracas. 2008;46(4): 8. Disponible: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000400025.

REFERENCIAS DE IMÁGENES:

1. Imagen 1. Caries dental en niños.
Fuente: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Dental_Caries_Cavity_2.J.
2. Imagen 2. Caries dental en niños. Fuente directa.
3. Imagen 3. Enfermedad periodontal.
Fuente: <http://www.tuodontologa.com/blog/tratamientos-para-combatir-la-periodontitis>.
4. Imagen 4. Gingivitis. Fuente: <http://vallesvalles.com/ru/que-es-la-gingivitis/>.
5. Imagen 5. Periodontitis. Fuente: <https://clinicadentalbasi.es/periodontitis-tratamiento/>.
6. Imagen 6. Radiografía de paciente con periodontitis.
Fuente: <http://www.fombellidadental.com/clinica/tratamientos/implantes>.
7. Imagen 7. Halitosis. Fuente: <http://matasanos.org/2015/10/13/halitosis/>.
8. Imagen 8. Traumatismo dental.
Fuente: <http://www.keyword.suggestions.com/ZGVudGFsICB0cmF>.
9. Imagen 9. Traumatismo dental.
Fuente: <http://www.keyword.suggestions.com/ZGVudGFsICB0cmF>.
10. Imagen 10. Xerostomía.
Fuente: <http://www.healthitalk.com/what-is-xerostomia-chronic-dry-mouth-dryness/>.
11. Imagen 11. Agrandamiento gingival, provocado por medicamentos.
Fuente: <http://masqueodontologia.blogspot.mx/2014/03/enfermedades-gingivales-inducidas-por.html>.
12. Imagen 12. Lesiones provocadas por mordisqueamiento.
Fuente: <https://www.bebesymas.com/salud-infantil>.
13. Imagen 13. Erosión dental.
Fuente: <https://www.propdental.es/desgaste-dental/erosion-dental/>.
14. Imagen 14. Erosión dental.
Fuente: <http://www.genevadentalteam.ch/speciality/dental%20erosion.html>.
15. Imagen 15. Bruxismo. Fuente: <https://www.propdental.es/bruxismo/>.
16. Imagen 16. Bruxismo. Fuente: <https://www.bruxismo.es/consecuencias/>.
17. Imagen 17. Tratamiento dental a paciente discapacitado.

- Fuente: <http://www.senadis.gob.cl>.
18. Imagen 18. Biofilm. Fuente: <http://dentalilumident.blogspot.mx/>.
 19. Imagen 19. Biofilm.
Fuente: <http://www.odontologiacastor.com/2012/10/placa-dental-bacteriana-o-biofilm-que-es.html>.
 20. Imagen 20. Paciente con síndrome de Down.
Fuente: http://propedeuticofpo6.blogspot.mx/2012/09/de-guayaquil-facultad-piloto-de_14.html.
 21. Imagen 21. Cepillos dentales modificados.
Fuente: http://higienebucodentalessalud.blogspot.mx/2015/02/instrucciones-de-higiene-oral-cepillado_14.html.
 22. Imagen 22. Técnica de cepillado horizontal.
Fuente: <http://dentalinternacional.es/higiene-oral/>.
 23. Imagen 23. Técnica de cepillado vertical.
Fuente: <http://dentalinternacional.es/higiene-oral/>.
 24. Imagen 24. Técnica de cepillado circular.
Fuente: <http://dentalinternacional.es/higiene-oral/>.
 25. Imagen 25. Técnica de cepillado Bass.
Fuente: <http://es.slideshare.net>.
 26. Imagen 26. Técnica de cepillado Stillman.
Fuente: <http://www.alfadent.info/1/category/salud%20bucal/2.html>.
 27. Imagen 27. Técnica de cepillado Charters.
Fuente: <http://saludbucal2011.blogspot.mx/2011/tecnicas-de-cepillado.html>.
 28. Imagen 28. Técnicas de cepillado Bass/Stillman.
Fuente: <http://odverorodriguez.com/blog/cual-es-tu-tecnica-de-cepillado/>.
 29. Imagen 29. Cepillos eléctricos.
Fuente: <http://www.brunic.com/salud/cepillos-dentales/154-oral-b-d16513-cepillo-de-dientes-elctrico-oral-b-professional-care-3d-colour-edition-braune.html>.
 30. Imagen 30. Dentríficos.
 31. Fuente: <http://www.boniquet.com/cgibin/vestibule.exe/menu?pagina=temas&grupo=2&subgrupo=27&parent=8&idsesion>.

32. Imagen 31. Hilo dental.

Fuente: <https://www.propdental.es/blog/odontologia/elige-el-mejor-hilo-dental-para-tu-boca/>.

33. Imagen 32. Cepillos interdentes.

Fuente: <https://www.farmaciasoler.com/tepe-cepillo-interdental-verde-0-8mm-6-uds-p-7172.html>.

34. Imagen 33. Cepillos interdentes.

Fuente: <http://www.centrodentalpedralbes.com/utiliza-los-cepillos-interproximales/>.

35. Imagen 34. Irrigadores dentales.

Fuente: <https://es.pinterest.com/prestazion/irrigador-dental-o-bucal/>.

36. Imagen 35. Revelador de placa bacteriana.

Fuente: <http://www.24horasfarmaciaonline.es/bucodental/complementos-higiene-bucal.html>.

37. Imagen 36. Colutorios Dentales.

Fuente: <http://www.dentistacanillejas.es/colutorios/>.

38. Imagen 37. Higiene oral en pacientes discapacitados.

Fuente: [file:///C:/Users/Hogar/Downloads/Guia%20Higiene%20Bucal%20para%20Personas%20en%20Situaci%C3%B3n%20de%20Discapacidad\(2\).](file:///C:/Users/Hogar/Downloads/Guia%20Higiene%20Bucal%20para%20Personas%20en%20Situaci%C3%B3n%20de%20Discapacidad(2).)

39. Imagen 38. Higiene oral en pacientes discapacitados.

Fuente: [file:///C:/Users/Hogar/Downloads/Guia%20Higiene%20Bucal%20para%20Personas%20en%20Situaci%C3%B3n%20de%20Discapacidad%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Hogar/Downloads/Guia%20Higiene%20Bucal%20para%20Personas%20en%20Situaci%C3%B3n%20de%20Discapacidad%20(2).pdf).