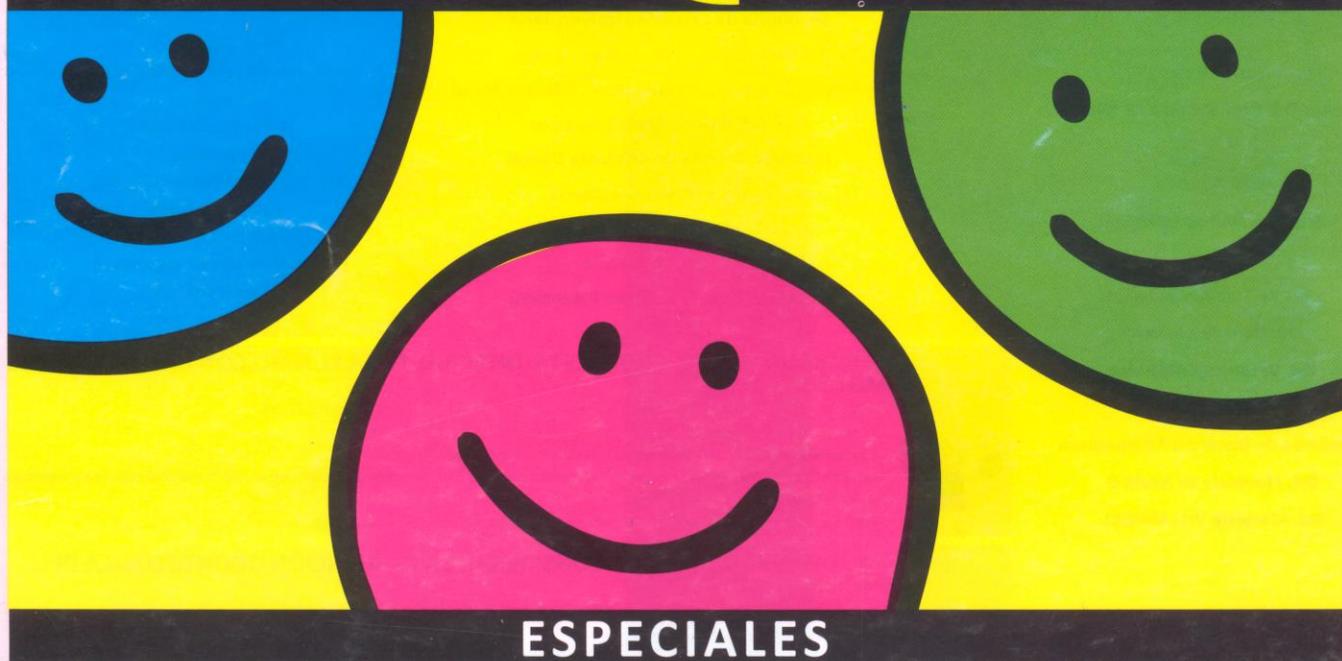




UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
MENDOZA - REPÚBLICA ARGENTINA

SONRISAS



Revista de la Cátedra

“Atención odontológica al paciente discapacitado”

Special Smiles - The journal of the chair
"Dentistry attention in disabled patient"

Junio / 2009 - Año 2 - Número III

June / 2009 - Year 2 - Number III

Staff



Cátedra
"Atención odontológica
al paciente discapacitado"

Prof. Titular

Master Od. Prof. Patricia DI NASSO

Prof. Adjunto

Prof. Od. Walter LOPRESTI

Jefes de Trabajos prácticos

Od. Daniela SALINAS

Od. Verónica CAMPAÑA

Auxiliares de Docencia Ad Honorem

Od. Florencia DI NARDO

Od. Marjorie VILLARROEL

Diseño e impresión

FACILGRAF

www.facilgraf.com

Tel: 0054 261 4222420

Revista Sonrisas Especiales

Es una Publicación de la Cátedra "Atención
odontológica al paciente discapacitado"
Facultad de Odontología - Universidad
Nacional de Cuyo. Distribución gratuita.

Teléfono: 0054 261 4494141

Fax: 0054 261 4494142

E-mail: patdin@fodonto.uncu.edu.ar

La reproducción del material publicado
requiere autorización por parte de la entidad
responsable.

Los artículos publicados en esta revista
expresan los puntos de vista de sus autores y
no necesariamente la posición de la Cátedra
"Atención odontológica al paciente
discapacitado".

Las imágenes que aparecen en esta publica-
ción tienen únicamente fines didácticos.

AÑO 2 - Nº 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
MENDOZA - REPUBLICA ARGENTINA

Autoridades de la Facultad de Odontología

Prof. Od. Alberto José Martin

Decano

Prof. Od. José Simón Abdala

Vice Decano

Prof. Od. Silvia Inés Gonzalez

Secretaría Académica

Prof. Od. Susana Beatriz Principe

Secretaría de Postgrado

Prof. Od. Sonia Lucía Maron

Secretaría de Extensión Universitaria

Prof. Od. Edgardo Oscar Boero López

Secretaría de Asuntos Estudiantiles y Acción Social

Prof. Od. Patricia Silvia Echagaray

Dirección Carrera de Asistente Dental

Lic. María Alejandra López

Dirección Gral. de Administración

Cont. Cecilia Asensio

Dirección Gral. Económico Financiera

Consejo Directivo

Prof. Titulares:

Prof. Od. José Simón ABDALA

Prof. Od. Arnaldo Walter CELI

Prof. Med. Orlando José LAFALLA

Prof. Med. Ricardo Luis MOTTA

Prof. Adjuntos:

Prof. Od. Adriana Patricia MARRA

Prof. Od. María Cecilia PORTA

Aux. Docencia:

Od. Silvia Verónica PAEZ

Egresados:

Od. Alejandro Daniel COLL

Od. Jorge Diego SEGURA

Alumnos:

Sr. Edgar Sebastián OLIVARES

Sr. Sergio SABIO

Sr. Jerónimo BERTIN

Personal de Apoyo Académico:

Sra. Beatriz Elizabeth PEREZ

Consejo Superior

Prof. Titulares:

Prof. Od. Alberto ABRAMOVICH

Alumnos:

Sr. Fernando VILLA

Egresados:

Od. Laureano Tomás HEREDIA

Aux. Docencia:

Od. Alberto ANSELMI

Personal de apoyo académico:

Sra. Ana RITTA

CEPILLADO DENTAL PROPUESTA INTEGRAL PARA EL NIÑO CON DISCAPACIDADES MOTORAS

DENTAL BRUSHING PROPOSAL FOR A CHILD WITH MOTOR DISABILITIES

Lic. Julio AGREDA Terapeuta físico ARIE

Lic. Jacqueline CADILLO Jefa del Servicio de Terapia Ocupacional de ARIE

Dra. Edith Falconí SALAZAR Jefa del Servicio de Odontopediatría ARIE, Presidenta ASPODES Asociación Peruana de Odontostomatología de Pacientes Especiales.

ARIE: Asociación para la Rehabilitación del Infante Excepcional Fotografía Dr. Luis Loayza



PAUTAS DIAGNOSTICAS A CONSIDERAR EN LA ATENCIÓN ODONTOLOGICA DEL PACIENTE AUTISTA

DIAGNOSTIC GUIDELINES FOR CONSIDERATION IN THE AUTISTIC PATIENT'S DENTAL CARE

Master Od. Patricia DI NASSO

Profesora Titular Efectiva cátedra Atención Odontológica del Paciente Discapacitado, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.



EL IMPACTO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL ESTUDIANTE UNIVERSITARIO

THE IMPACT OF CLINICAL PRACTICE IN THE UNIVERSITY STUDENT

Od. Daniela SALINAS

Docente Efectiva del Centro de Atención Odontológica al Discapacitado (CAOD), Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.



MANEJO ODONTOLOGICO DEL PACIENTE CON SINDROME DE WEST

DENTISTRY HANDLING IN THE PATIENT WITH WEST SYNDROM

Od. Walter LOPRESTI

Profesor Adjunto Efectiva cátedra Atención Odontológica del Paciente Discapacitado, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.



ANOMALÍAS DE ERUPCION

ERUPTION ANOMALIES

Od.. Verónica Andrea CAMPAÑA

Jefe de Trabajos Prácticos (DS) "Centro de Atención Odontológica al Paciente Discapacitado", Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo.



ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE NIÑOS PREESCOLARES DE LA CIUDAD DE MENDOZA Y NIÑOS PREESCOLARES QUE CONCURREN A LA CLÍNICA DE LA CÁTEDRA DE ODONTO-PEDIATRÍA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA U.N.CUYO.

COMPARATIVE STUDY AMONG PRESCHOOL CHILDREN IN THE CITY OF MENDOZA AND PRESCHOOL CHILDREN WHO ATTEND THE CLINIC OF THE DEPARTMENT OF PEDIATRIC DENTISTRY, FACULTY OF DENTISTRY, UNCUYO.

Od. Florencia DI NARDO

Auxiliar de Docencia Ad Honorem de la Cátedra Atención Odontológica del Paciente Discapacitado, Facultad de Odontología, Becaria de la Universidad nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina Email:supermoroc@hotmail.com



ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA DE AUTOCUIDADO DENTAL EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD

STRATEGIES FOR TEACHING SELF-DENTAL FOR CHILDREN WITH DISABILITIES

Od. Marjorie VILLARROEL MELGAREJO

Auxiliar de Docencia Ad Honorem de la Cátedra Atención Odontológica del Paciente Discapacitado, Facultad de Odontología, Universidad nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina Email: marjorieav@yahoo.com.ar





CEPILLADO DENTAL
PROPUESTA INTEGRAL PARA EL
NIÑO CON DISCAPACIDADES
MOTORAS



Dental brushing proposal for a child with motor disabilities

Autores:

Lic. Julio AGREDA Terapeuta físico ARIE

Lic Jacqueline CADILLO Jefa del Servicio de Terapia Ocupacional de ARIE

Dra. Edith FALCONI SALAZAR Jefa del Servicio de Odontopediatría ARIE, Presidenta ASPODES Asociación Peruana de Odontostomatología de Pacientes Especiales.

ARIE: Asociación para la Rehabilitación del Infante Excepcional Fotografía Dr. Luis Loayza

Introducción:

Es necesario que quienes trabajamos con pacientes con capacidades diferentes trabajemos en forma integral. El grupo de profesionales que elabora la presente propuesta tiene la gran responsabilidad de garantizar que nuestros pacientes cuenten con los medios técnicos y servicios adecuados, y que estos se usen de manera eficaz para contribuir a mejorar su salud bucal y así mejorar su calidad de vida.

Revisión de la literatura:

Los niños con discapacidades motoras: como Parálisis cerebral presentan ciertas características que lo hacen ser un paciente con alto riesgo de caries dental, Sydney Finn indica: Los niños con PC tienen un índice de ataque de caries mas elevado que otros niños". Falconi y col. señala que esto se debe a varios factores tales como: uso prolongado del biberón, dieta cariogénica, alimentación pastosa,

incoordinación muscular, reflujo gastroesofágico, ingesta de medicamentos .

Bascuñana refiere que el reflujo gastroesofágico puede conducir a erosión dentaria y pérdida de estructura dentaria , además que la incoordinación motora conduce a problemas de alineación dentaria y periodontales.

Justificación:

Es por eso que coincidiendo con otros autores debemos enseñar las pautas de higiene bucal para disminuir el riesgo de caries, y por ser un importante aspecto de las actividades de vida diaria que se ve interferida en diferentes grados dependiendo del compromiso motor. Es por eso que presentamos esta propuesta para ayudar en el posicionamiento integral del niño .

Relato de la Técnica:

POSTURA ASIMETRICA FUNCIONAL:

Debemos tener presente el concepto Castillo-Morales para facilitar las cadenas musculares de todo el cuerpo e inhibir o suprimir actividades reflejas anormales durante el momento del cepillado dental, esto se consigue con las posturas asimétrica funcionales : teniendo en cuenta el correcto alineamiento de todas las extremidades dentro de los planos y ejes corporales, así mismo es importante tener un control permanente de la zona cervical sobre todo en niños con Parálisis cerebral . Realizando el adecuado control de cabeza .

Debemos tomar en cuenta la comunicación (padre, Asistente, profesional - niño) que todo lo que empecemos a trabajar será captado por el niño como forma de aprendizaje por lo tanto usaremos paralelamente durante todo el tiempo las teorías de aprendizaje y reforzamiento continuo, también usaremos (Relajación con ejercicios, música) Debemos explicarle al niño todo lo que se va a realizar , la importancia del cuidado bucal, luego se procede a que el niño sienta las diferentes texturas y materiales a usar (cepillo , pasta, hilo, etc.) y luego la persona que le asiste puede realizar el cepillado dental esta técnica puede aplicarse a niños pequeños (binomio mama - niño) o cuando el paciente es mayor y se encuentra en silla de ruedas.

Fig. 1

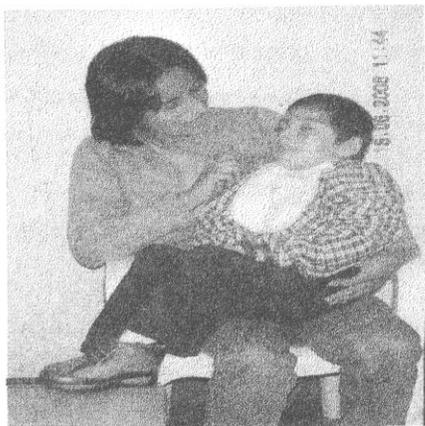
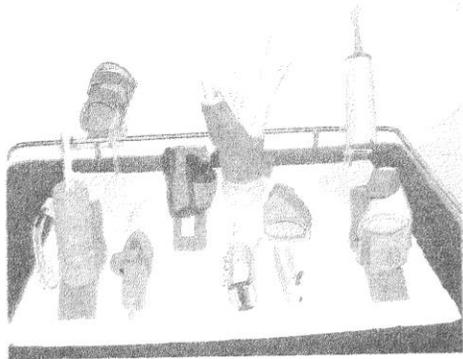


Fig 2: Fotografías de ortéticos confeccionados en nuestro taller que sirven para facilitar la aprehensión de los niños que no consiguen tenerla en forma voluntaria o de aquellos que por su problema motor necesitan corregir las posturas.

Fig 3: Cuando el niño puede coger por si mismo el cepillo dental gracias al uso de los ortéticos , le da mayor seguridad, pero siempre debe ser asistido por una persona mayor para realizar la técnica de cepillado correcto. Ortéticos confeccionados en ARIE



En el caso que el niño con parálisis cerebral no pueda coger el cepillo dental debido a una inadecuada sensibilidad táctil debemos usar un adaptador para los mangos de cepillo. En Terapia ocupacional se usan diferentes aditamentos que servirán para hacer esta tarea más fácil y llevadera tanto al paciente, si estuviera en condiciones de hacerlo, como a la familia que se encarga de su cuidado.

Las adaptaciones son de diferentes tipos y formas y esto está determinado por el terapeuta ocupacional en coordinación con el Odontólogo quien es el que se encarga del aspecto funcional y sensorial de los pacientes, acorde con la problemática motora.

CONSIDERACIONES FINALES:

- Hacer una correcta evaluación funcional de cada niño en coordinación con el terapeuta físico y ocupacional para determinar el correcto alineamiento postural y el tipo de aditamento a usar para cada cepillo dental.
- Es necesario que el familiar y el odontólogo estén adecuadamente entrenados y familiarizados en el manejo postural durante el cepillado y en el uso de los aditamentos prescritos para su correcto uso y aprovechamiento.
- Procurar la participación activa del niño siempre que sea posible.

BIBLIOGRAFIA :

- OMS, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, 2001
- Bascuñana, A. **Distagia neurológica en parálisis cerebral infantil**. Rev. Soc. española Rehabilitación y Medicina Física. (Madrid), vol 32 nº 5 Págs. 331 -26, 1998.
- Casillo Morales R, Brondo J, Limbrock GJ, Fisher -Brandies H **Regulación de terapia Orofacial en niños con Síndrome de Down y parálisis cerebral**. Revista Haultnah Pediatric 3, 4 - 14 . 1991
- Casado Pérez, Demetrio (1991)- **"Panorámica de la Discapacidad"** - INTRESS, Barcelona, España, CELADE(1999) -
- Manual de elaboración de información estadística para políticas y programas relativos a personas con discapacidad**.- Nueva York. OMS/OPS, IMSERSO (2001) - **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud** - SL Pantano, Liliana (1987)-
- Falconi Edith, Huanqui M, Lay S, Tanco R, **Problemática Odontológica del niño con parálisis cerebral** Revista de la Sociedad Peruana de odontopediatría Vol.3, Nº1 Noviembre 2004

- Se debe tener evaluaciones periódicas acorde con la evaluación del control odontológico del niño para determinar si la adaptación prescrita para su cepillo sigue siendo útil.

Palabras clave:

(En la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud, el término "discapacidad" engloba las deficiencias, las limitaciones en la actividad o restricciones en la participación. Así sustituye a la definición recogida en la anterior Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM): Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es 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.)

Agradecimiento:

Especial a los pacientes de ARIE y sus familias pues con su ejemplo de lucha, valor y sobre todo amor nos impulsan a continuar en nuestro trabajo, solo junto padres, pacientes y profesionales en trabajo integrado podremos hacer realidad nuestros sueños de una sociedad con mejor salud bucal y por ende ayudarles a mejorar su calidad de vida.

PAUTAS DIAGNOSTICAS A CONSIDERAR EN EL ABORDAJE ODONTOLÓGICO
DEL PACIENTE AUTISTA

Diagnostic guidelines for consideration in the autistic patient's dental care

Autora: **Master Od. Patricia DI NASSO**

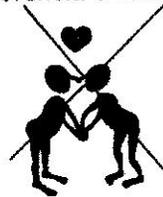
Profesora Titular, Efectiva cátedra Atención Odontológica del Paciente Discapacitado, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Master en Atención Temprana (2008) España, Magister en Gestión de Organizaciones Públicas (Especialidad: Educación), Investigadora categoría 3, Especialista en Odontología Preventiva y Social, Especialista en Docencia Universitaria, Directora del Centro de Atención Odontológica al Discapacitado
Email: patdin@fodonto.uncu.edu.ar

Algunos autores consideran que existen signos y/o síntomas diagnósticos con los cuales podríamos sospechar un Trastorno del Espectro Autista. A modo de ayuda memoria, las enumeramos para orientarnos en nuestra consulta odontológica:

1- Dificultad para agruparse y jugar con otros niños.

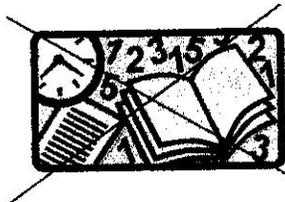


2. No disfruta de las demostraciones de afecto. Indiferencia o resistencia al abrazo.



3. Parece sordo, no reacciona a la conversación.

4. Marcada hiperactividad física



5. Resistencia a cualquier aprendizaje.

6. No manifiesta miedo al peligro. Falta de miedo a los peligros reales.



7. Inapropiado apego hacia los objetos

8. Resistencia al mínimo cambio en la rutina.



9. Hace rodar objetos



10. Juegos solitarios prolongados.



Juegos estereotipados y repetitivos.



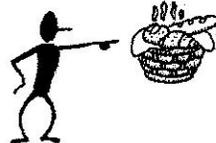
11. Risa sin razón aparente



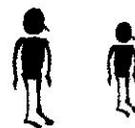
12. Costumbres solitarias

Conducta retraída, indiferente, aislamiento, incomunicación

13. Indica con gestos sus necesidades.



14. Rechaza y evita el contacto visual.



BIBLIOGRAFIA :

- Canal, R., et Col. El AUTISMO 50 años DESPUÉS de KANNER, Amaru Ediciones, Salamanca, España, 1993.
Pauszty, M., AUTISMO, Guía Práctica para Padres y Profesionales, Ed. Trillas, México, 1991



EL IMPACTO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL ESTUDIANTE UNIVERSITARIO**The Impact of Clinical Practice in the University Student****Autora: Od. Daniela SALINAS**

Docente Efectiva del Centro de Atención Odontológica al Discapacitado (CAOD), con extensión de funciones en la Asignatura: Atención Odontológica al Paciente Discapacitado, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo. Integrante del Centro Odontológico para el Bebé Especial, Mendoza, Argentina. **Email:** danisalin@yahoo.com.ar

RESUMEN

De todas las personas que acuden a la consulta odontológica muchas son pacientes que padecen algún tipo de discapacidad. El problema odontológico es uno de los problemas de salud que afectan a prácticamente toda la población, habiendo por tanto una alta demanda de tratamientos. Proporcionar una adecuada atención odontológica a personas con discapacidad se está convirtiendo en los últimos años en una necesidad para los consultorios particulares. Nuestra Asignatura: **Atención Odontológica al Paciente Discapacitado** trata estos conceptos para que el alumno egrese con los conocimientos y la práctica necesaria para el abordaje o tratamiento de pacientes especiales. Detallaremos a continuación la atención de un Paciente con Síndrome de Down realizada por una alumna. Para introducirnos en el tema debemos destacar que es la alteración genética más frecuente: 1/800 nacimientos. Los pacientes con Síndrome de Down presentan retraso mental como un componente y claras manifestaciones craneofaciales. Desde el punto de vista odontológico, las maniobras son exactamente las mismas, una diferencia fundamental es la motivación que muchas veces se hace más dificultosa y las sesiones pueden requerir de más tiempo.

Caso Clínico:

Paciente de sexo masculino, con Síndrome de Down, de 27 años de edad.

Abstract

Of all the people who go to the odontological consultation many are patients who suffer some type of incapacity. The odontological problem is one of the health problems that affect practically all the population, being therefore a high demand of treatments. To provide a suitable odontological attention to people with incapacity is in the last becoming years a necessity for the particular doctor's offices. Our Subject: **Odontological attention to the Disabled Patient** treats these concepts so that the student withdraws with the knowledge and the necessary practice for the boarding or treatment of special patients. We will detail next the attention of a Patient with Syndrome of Down realised by a student. In order to introduce us in the subject we must emphasize that it is the more frequent genetic alteration: 1/800 births. The patients with Syndrome of Down present/display mental delay like a component and clear craneofaciales manifestations. From the odontological point of view, the maneuvers are exactly the same, a fundamental difference is the motivation that often is made more difficult and the sessions can require of more time.

Mediante la confección de la Historia Clínica se obtienen los siguientes datos:

* Valoración de su estado de salud:

- Retraso Mental Moderado.
- Presenta arritmia cardíaca.
- Enfermedades Respiratorias: bronquitis y neumonía.

* Evaluación Odontológica:

Higiene oral:

- Una vez al día.
- Momento de la higiene: en la mañana.

Examen Orofacial:

- Perfil facial chato.
- Puente nasal pequeño.
- Ojos oblicuos, fisuras palpebrales angostas.
- Queilitis angular, resequedad en labios.
- Hipo-tonía de músculos periorales.
- Boca abierta.
- Labio inferior evertido.
- Respiración bucal.
- Enfermedad periodontal.
- Lengua escrotal.

Al realizar el odontograma se observa:

- Caries oclusal en 16, 17 y 26.
- Resto radicular de 24 y 14.
- Presencia de sarro.
- Elemento extraído: 24.

Examen Radiográfico:

Panorámica:

- Agenesia de terceros molares.
- Caries proximal en 25.
- Restos radicular en 14.

Secuencia de tratamiento:

- La profundidad del retraso madurativo de este paciente requiere dedicarle tiempo a sesiones de motivación.
- En la enseñanza del cepillado se observa que la destreza del paciente no es la suficiente, por

lo que se busca la colaboración de la madre para que intensifique el cepillado nocturno.

- Se realiza un plan de tratamiento con alto contenido preventivo realizándole topiaciones



con FFAA (fluorofosfato acidulado) Ph 3,5 así como la indicación de dentífricos fluorados.

-Destartraje e indicación de clorhexidina al 1 % en gel aplicado por su madre. -Extracción de 14 y 24. -Obturación de: 16, 17 y 26 IV.

Los procedimientos restaurativos requieren generalmente de pocas modificaciones en el caso de estos pacientes, sin embargo puede ser algo frustrante el que el paciente no tolere el aislamiento absoluto o no lograr su cooperación durante la realización de algún procedimiento.

Las restauraciones con ionómero de vidrio resultan muy útiles en pacientes con altos índices de caries debido a sus propiedades de liberación constante de fluoruro.

-Sellantes en 47, 36, 37 y 27

Debemos considerar la posición normal mandibular de reposo, en donde la punta de la lengua se ubica en las arrugas palatinas, los dientes mantienen una distancia oclusal de 1-2 mm y los labios permanecen en contacto.

Esta posición mandibular de reposo que se altera normalmente en los actos deglutorios y fonatorios, es muy beneficiosa porque permite adquirir una respiración de tipo nasal.

El paciente con Síndrome de Down altera esta posición normal de reposo por dos motivos fundamentales:

- 1- La hipotonía.
- 2- La falta de permeabilidad nasal debida a las patologías respiratorias (hipertrofia adenoidea y enfermedades respiratorias recurrentes generalmente explicadas como consecuencia de su insuficiencia inmunitaria).

Debemos tener en cuenta que su sueño resulta agitado, acompañado de una respiración

interrumpida por accesos de tos, llegando a peligrosos episodios de apnea.

Al no tener un buen descanso nocturno, no es conveniente citarlo a primera hora de la mañana ya que será menor su colaboración.

La conformación craneal da lugar a un hipodesarrollo del tercio medio de la cara que se traduce frecuentemente desde un punto de vista ortodóntico en una mordida invertida bilateral y monolateral, y desde un punto de vista respiratorio como un factor importante en la reducción de la dimensión vertical y horizontal de las vías nasales.

-Se establecen citas de control y profilaxis con una frecuencia de 2 a 3 meses.

BIBLIOGRAFÍA

- Surabian SR. " Development disabilities and understanding the needs of patients with mental retardation and Down syndrome ". J Calif Dent Assoc 2001 Jun;29 (6) 415-23
- Morinushi T, Lopatin D, Nakao R, Kinjyo SA. Comparison of the gingival health of children with Down syndrome to healthy children residing in an institution. Spec Care Dentist 2006; 26(1):13-19.
- La salud bucodental de los pacientes discapacitados y/o especiales. Boletín Epidemiológico 2001; 3(21).
- Fiske J, Shafik H. Down's syndrome and oral care. J South African Dent Assoc 2001; 56 (9): 407-15.



3 de DICIEMBRE

Se conmemora el
DIA INTERNACIONAL de la DISCAPACIDAD.

En el 2008, el PROGRAMA de INCLUSIÓN de la UNIVERSIDAD NACIONAL de CUYO reunió en el Centro de Deportes a los estudiantes universitarios con discapacidad.

En esa oportunidad, participamos con nuestros estudiantes a través de una Charla de Educación para la Salud Bucal. Además se repartieron KITS de HIGIENE ORAL

MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE WEST**Dentistry Handling in the Patient with West Syndrom****Autor: Prof. Od. Walter LOPRESTI**

Profesor Adjunto Efectivo de la Asignatura Clínica del Paciente Discapacitado, Carrera de Odontología, Profesor Titular Interino de las Asignaturas Ciencias Básicas- Módulo Anatomía, Introducción a la Práctica Clínica y Pacientes Espaciales - Módulo Discapacidad, Carrera Asistente Dental, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Email: wloprestic@yahoo.com.ar

RESUMEN

Algunos conceptos y precauciones básicos para lograr una adecuada atención odontológica logrando la mejor participación y colaboración del paciente como así también disminuyendo los riesgos que pueden ser importantes si se descuidan algunos parámetros primordiales.

SUMMARY

Some basic concepts and precautions to obtain a suitable odontologic attention obtaining the best participation and collaboration of the patient like thus also diminishing the risks that can be important if some fundamental parameters neglect.

DESARROLLO

Cuando llega a nuestro consultorio un Paciente con Síndrome de West, lo primero que debemos tener en cuenta en la atención y o en el abordaje, es conocer lo suficiente la discapacidad de fondo que presenta el paciente ya que nos permitirá manejar un acabado panorama de la situación. El Síndrome de West se clasifica en

- **Sintomático:** hay previamente signos de afección cerebral o por una causa conocida.
- **Criptogénico:** ausencia de signos de afección cerebral previa y causa desconocida. Constituido por niños con un desarrollo psicomotor previo normal a la aparición de los espasmos y en los cuales no es posible demostrar la presencia de factores etiológicos definidos. Causando una regresión en el

desarrollo, esta regresión, se asocia a los espasmos en un 95% de los casos. Generalmente los pacientes considerados criptogénicos se benefician de la realización de un diagnóstico temprano y de una terapéutica apropiada.

Aunque en la mayoría de las series estudiadas existe un reducido número de casos que no es posible clasificar en ninguno de estos dos grupos

Las causas más comunes encontradas que producen ese tipo de alteración en estos pacientes y que en definitiva complican a la hora del tratamiento odontológico, el abordaje son

Causas prenatales

- La más frecuente (30%) es la displasia cerebral.
- Algunos trastornos cromosómicos
- Infecciones como el citomegalovirus, herpes simple, rubeola, sífilis o toxoplasmosis, cuando afectan al feto pueden ser causa de SW.
- Trastornos metabólicos
- La hipoxia o la isquemia de causa prenatal (poroencefalia, hidranencefalia, leucomalacia periventricular...) son causantes, en ocasiones de la aparición del síndrome.

Causas perinatales

- Se definen como causas perinatales aquellas que tienen lugar entre la semana 28 del embarazo y la primera semana de vida tras el nacimiento. Se incluyen aquí la necrosis neural, el status marmoratus, la leucomalacia

periventricular, la poroencefalia, o la encéfalo malacia multiquistica.

Causas postnatales

- Infecciones: meningitis bacteriana, absceso cerebral, meningoencefalitis vírica (sarampión, varicela, herpes simple, enterovirus, adenovirus, citomegalovirus o virus de Epstein-Barr).
- Hemorragias o traumatismos con consecuencia de hemorragia subdural o subaracnoidea.

Por último deberemos tener en cuenta por un lado, toda la medicación que esté tomando ya que esto nos puede interferir en el tratamiento odontológico específicamente, sobre todo teniendo en cuenta que estos Pacientes están medicados con anticonvulsivos, medicación que a parte de generar grandes hiperplasias de encía, interfiere principalmente en los tratamientos de tipo quirúrgico. También habrá que observar el tipo de alteración en relación al tono muscular, que nos orientará en relación a la posición que deberá adoptar el Paciente para su atención.

Generalmente estos pacientes presentan un deterioro importante en virtud a que por su alteración motora es común encontrar muy mala higiene bucal. También es común que se prioricen en estos pacientes los problemas sistémicos a los bucales por lo que esta situación se convierte en un factor negativo más en la salud bucal

Toda esta situación nos lleva a plantear un tratamiento adecuado a la característica del problema convulsivo y motor que el paciente presente, en donde se priorizarán factores tales como entorno familiar, aptitudes del Paciente como son: autonomía del mismo, en donde el mejor

tratamiento será el que nos permita un abordaje mesurado tratando de que el mismo no se convierta en disparador de crisis o ataques epilépticos característicos en estos pacientes.

En tal sentido es importante conocer los Espasmos epilépticos que Son contracciones bruscas, bilaterales y normalmente simétricas de la musculatura del cuello, tronco y extremidades, que se suelen acompañar de pérdida de conciencia. Pueden ser espasmos en flexión (cabeceo o encogimiento de hombros), en extensión (opistótonos), o mixtos. La contracción más típica es la de flexión. La duración aproximada de cada episodio es aproximadamente de 2 a 10 segundos, durante la cual puede haber ausencia.

Pueden aparecer diferentes tipos de espasmo en el mismo paciente o durante una crisis, aunque en general se consideran de peor pronóstico las crisis en las que predominan los espasmos asimétricos. Los espasmos rara vez se presentan aislados: suelen ocurrir en salvas (típicamente al despertarse, o antes de dormirse) y son muy poco frecuentes durante el sueño... Los espasmos pueden acompañarse de: Alteraciones respiratorias, Gritos, Rubor, movimientos oculares, Sonrisa, Muecas,

Sudoración, Enrojecimiento facial, Midriasis entre otros.

Se consideran "gatillos" o desencadenantes de una salva, el hambre, la excitación, una temperatura elevada o estímulos táctiles o sonoros.

Factores que pueden desencadenar una crisis convulsivante

- Supresión del tratamiento antiépiléptico habitual.
- Ansiedad y estrés.

- Proceso infeccioso intercurrente (proceso febril).
 - Estados fisiológicos (ciclo menstrual).
 - Privación del sueño.
 - Consumo de alcohol o excitantes.
 - Metabólicas (hiperglucemia o hipoglucemia).
 - Deshidratación.
 - Hiperventilación.
 - Luces intermitentes. Ruidos.
 - Trastornos gastrointestinales.
 - Fármacos
- Alteraciones odontológicas causadas por el uso de anticonvulsivantes
- Hiperplasia gingival

- Gingivitis
- Periodontitis
- Glositis migratoria benigna
- Paladar profundo
- Arrugas palatinas prominentes
- Desmineralización e hipoplasia del esmalte
- Caries
- Pérdida de piezas dentarias
- Maloclusión
- Reabsorciones óseas y radiculares atípicas
- Limitación de la apertura bucal
- Labios resecos
- Agrandamiento del conducto de Stensen

BIBLIOGRAFIA

- http://www.iqb.es/patologia/e05_008.htm
- http://www.neurorehabilitacion.com/paralisis_cerebral_infantil1.htm
- http://www.centro-ide.com/paralisis_cerebral/paralisis_cerebral_clasificacion.asp
- espanol.ninds.nih.gov/trastornos/paralisiscerebral.htm
- www.med.ufro.cl/Recursos/neurologia/doc/
- www.psicologoinfantil.com/trasdesapsicom.htm



ANOMALÍAS de ERUPCION

Eruption Anomalies

Autora: Od. Verónica Andrea Campaña

Jefe de Trabajos Prácticos (DS) "Centro de Atención Odontológica al paciente Discapacitado", Auxiliar de Docencia Ad Honorem "Cátedra Atención Odontológica del Paciente Discapacitado" Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo.
Actualmente cursa la carrera de "Especialización en Atención Odontológica del Niño y el Adolescente"

Erupción dentaria

La erupción dentaria es, en el ser humano, un proceso largo en el tiempo e íntimamente relacionado con el crecimiento y desarrollo del resto de las estructuras craneofaciales. Tradicionalmente, se denomina erupción dentaria al momento eruptivo en que el diente rompe la mucosa bucal y hace su aparición en la boca del niño. Este concepto es erróneo, ya que la erupción dentaria, en el sentido más estricto, dura toda la vida del diente, comprende diversas fases e implica el desarrollo embriológico de los dientes y movimientos de desplazamiento y acomodo en las arcadas. La aparición del diente en la boca

recibe el nombre de emergencia dentaria, sólo constituye uno de los parámetros para la evaluación de la normalidad o no del proceso. El hombre tiene una doble dentición. La dentición temporal emerge en los primeros años de la vida y tiene una duración limitada a los años en que el crecimiento craneofacial y corporal es más intenso. Progresivamente, los dientes temporales son sustituidos por los definitivos, que están preparados para durar toda la vida adulta del individuo. Ahora bien; este proceso fisiológico puede sufrir diferentes alteraciones que pueden ser banales y de fácil solución o severas y con tratamiento multidisciplinario.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES DE LA ERUPCIÓN

La emergencia de los dientes puede dar lugar a **pequeñas molestias sistémicas** que no tienen mayor importancia. Son más frecuentes en la dentición temporal y entre ellas se incluyen: irritabilidad, febrícula, dermatitis del pañal, aumento de la salivación, etc. El tratamiento suele ser sintomático y remite en poco tiempo.

PATOLOGÍA DE LA MUCOSA

La mucosa que recubre el borde de los maxilares puede sufrir alteraciones durante el proceso eruptivo. Generalmente, las repercusiones son leves pero, a veces, son causa de preocupación e intranquilidad familiar. Los cuadros más frecuentes son:

- **Quistes de erupción:** se manifiestan como un aumento de volumen en la zona donde debe emerger un diente. Corresponde a una acumulación de líquido por lo que es blando al tacto y fluctuante. La evolución es espontánea tiende a desaparecer simultáneamente a la aparición del diente, por lo que el tratamiento es controlarlo.

Únicamente, si adquiere un tamaño excesivo o hay una infección de la zona será necesario

- **ALTERACIONES EN LA CRONOLOGÍA**

Diente	Edad en meses
Arcada inferior	
Incisivo Central	7-7 ½
Incisivo lateral	12
Canino	19
1º molar	16
2º molar	25 ½
Arcada superior	
Incisivo Central	9 ½
Incisivo lateral	10 ½ -11
Canino	19
1º molar	15
2º molar	27

- **EMERGENCIA DENTARIA PREMATURA**

Se denomina así cuando algún diente emerge antes del final del tercer mes. Se diferencia:

proceder a su drenaje y establecer una terapéutica local con geles de digluconato de clorhexidina.

- **Hematoma de erupción:** es muy parecido al anterior pero el contenido es sangre, por lo que el aspecto es azulado. El tratamiento es similar.
- **Opérculos:** son restos de la cubierta mucosa de los maxilares que persisten a modo de lóbulo tras la emergencia de un diente. Su presentación es frecuente en la parte ocluso-distal de los molares. Si no dan problemas, se deja que desaparezcan poco a poco. Algunas veces, son irritados durante la masticación, ulcerándose e inflamándose. Si el paciente lo requiere, será necesario extirparlos.
- **Pericoronaritis:** es una inflamación y frecuentemente infección de la mucosa que rodea la corona de un diente en erupción. Son más frecuentes en los terceros molares permanentes, cordales, dando un cuadro inflamatorio muy doloroso. Es necesario controlar la inflamación con terapia local o sistémica.

DENTICIÓN TEMPORAL



Cuadro de la cronología Dentición Temporal

-**Dientes natales:** cuando ya han hecho emergencia en el momento del nacimiento.

-**Dientes neonatales:** los que emergen en los tres primeros meses.

Si es un diente supernumerario debe extraerse. Si no es supernumerario no se extrae, excepto que por escaso desarrollo radicular tenga movilidad, en este caso se debe evaluar la exodoncia por riesgo de aspiración.

Los dientes natales y neonatales no son un impedimento serio para la lactancia natural.

• **EMERGENCIA DENTARIA RETRASADA**

Se considera así cuando ningún diente ha hecho emergencia al finalizar el mes 13.

Debe estudiarse y descartarse un proceso general que altere el crecimiento. Entre los más frecuentes se encuentran las *deficiencias nutricionales, síndromes de malabsorción,*

alteraciones endocrinológicas o procesos infecciosos importantes.

Estos cuadros sistémicos suelen dar patología más florida que el retraso eruptivo, por lo que suelen estar diagnosticados. Lo más frecuente es que el retraso obedezca a patrones familiares o a causas idiopáticas.

Salvo una correcta alimentación y tratamiento de los cuadros sistémicos, no tiene prevención ni tratamiento.

• **ALTERACIONES EN LA CRONOLOGÍA**

DENTICIÓN PERMANENTE



Cuadro de la Cronología Dentición Permanente

Diente	Inicio de calcificación (años)	Emergencia (años)	Cierre del ápice (años)
MAXILAR SUPERIOR			
Incisivo C.	3-4 m	7-8	10
Incisivo L.	10-12m	8-9	11
Canino	4-5 meses	11-12	13-15
1º Premolar	1 1/2 años	10-11	12-13
2º Premolar	2-2 1/2 años	10-12	12-14
Molar	Nacimiento	6-7	9-10
2º Molar	2 1/2-3 años	12-13	14-16
3º Molar	7-9 años	17-21	18-25
MAXILAR INFERIOR			
Incisivo C	3-11 meses	6-7	9
Incisivo L.	3-4 meses	7-8	10
Canino	4-5 meses	9-10	12-14
1º Premolar	1 1/2 -2 años	10-12	12-13
2º Premolar	2-2 1/2 años	11-12	13-14
1º Molar	nacimiento	6-7	9-10
2º Molar	2 1/2-3 años	12-13	14-15
3º Molar	8-10	17-21	18-25

• **EMERGENCIA PREMATURA**

Se denomina emergencia prematura de los dientes permanentes, cuando los dientes emergen antes de su promedio cronológico o cuando lo hacen antes de que se haya formado la mitad de la raíz.

Tiene efectos diferentes cuando la erupción temprana afecta a un diente localizado o de forma general a toda la arcada.

-GENERAL: afecta a la totalidad de los dientes permanentes.

. Alteraciones endocrinológicas que cursan con aumento de la secreción hormonal, como el hipertiroidismo, aumento de la hormona del crecimiento, etc.

. Patrón familiar que refieren en la anamnesis de dientes temporales que emergieron tempranamente.

- **LOCAL:** afecta a uno o unos pocos dientes. Las causas son variadas encontrándose entre ellas:

. Pérdida prematura del diente temporal por caries o traumatismo. Es la causa más frecuente y el diente que erupciona puede hacerlo rotado o malposicionado.

La prevención comprende las técnicas preventivas y restauradoras de la práctica odontopediátrica unido a unos buenos hábitos dietéticos e higiénicos.

. Aumento local de la vascularización. Por ejemplo, angiomas.

. Idiopática. Es frecuente no encontrar una causa concreta y que se denomine idiopática.

• **EMERGENCIA RETRASADA**

Es la situación contraria a la prematura. Bien el promedio cronológico ha sido ampliamente rebasado o bien el desarrollo radicular es suficiente pero no hace emergencia.

- **GENERAL:** afecta a todos o la mayoría de los dientes

- *Alteraciones endocrinológicas* que cursan con déficit hormonal. Se presenta en el hipotiroidismo congénito, hipopituitarismo, hipoparatiroidismo, etc.

- *Alteraciones Cromosómicas y Síndromes.* Son muy numerosas las alteraciones de este tipo que asocian retraso en la erupción y/o la emergencia. Por su frecuencia se puede citar:

- Síndrome de Down o trisomía 21.
- Disostosis cleidocraneal
 - Acondroplasia.
 - Displasia ectodérmica.

- Síndrome de Gardner.
- Hipovitaminosis D
- Osteogénesis Imperfecta
 - FLAP
- Patrones familiares
 - Idiopática

El retraso en todo el proceso eruptivo y desarrollo dentario o en la emergencia hace necesaria una especial atención a las causas genéticas o sistémicas, para descartarlas o establecer un tratamiento si lo tiene.

- **LOCAL:** Uno o unos pocos dientes se desvían del patrón promedio de emergencia. Es una situación muy frecuente. Como ya se ha mencionado, la secuencia de emergencia es fundamental para el desarrollo de la oclusión. Con frecuencia la erupción retrasada de un diente da lugar a una maloclusión, por lo que ante una sospecha hay que realizar las tomas radiográficas adecuadas para determinar la causa.

Las causas más frecuentes son:

- ***Pérdida prematura del diente temporal.*** Como se ha mencionado, es frecuente que esto ocurra por caries o traumatismo. Si la pérdida es muy temprana, cuando el diente está muy poco formado y en momentos muy tempranos del proceso eruptivo, el hueso y la mucosa "cicatrizan" tras la pérdida del diente temporal y el definitivo puede erupcionar más tardíamente.
- ***Anquilosis alveolodentaria del diente temporal***

En la anquilosis se produce una fusión, total o parcial, del cemento dentario con el hueso alveolar, con desaparición del ligamento periodontal.

Es una patología relativamente frecuente y de causa desconocida. Clínicamente se manifiesta por una infraoclusión en la zona afectada causada por un déficit de crecimiento de la apófisis alveolar de ese diente. El diente

no alcanza el nivel oclusal de los vecinos y éstos y los antagonistas pueden desplazarse sobre los anquilosados. Puede alterar el proceso de recambio de ese molar aunque esto no siempre ocurre. La prevención no existe, salvo el control cuidadoso del recambio dentario. El tratamiento se plantea valorando las alteraciones que produce en la oclusión y en el recambio dentario.

- **Dientes supernumerarios.**

Las alteraciones del número de dientes por defecto o por exceso ocurren en un 5-7% de la población. Así pues, es una causa importante de la que debe sospecharse cuando hay una alteración de la secuencia. Los supernumerarios son más frecuentes en las zonas incisal superior pudiendo ser únicas, múltiples, conoides etc.

La prevención no es posible, ya que corresponde a una alteración de la lámina dental, pero sí es fundamental su diagnóstico temprano con confirmación radiológica.

El tratamiento es la extracción del supernumerario, buscando el momento oportuno para que la cirugía no suponga un riesgo para los dientes no supernumerarios, pero sin demorarla porque produciría alteraciones de la erupción y maloclusión.

- **Agencias:** no hay germen dentario. Afecta a algunas piezas dentarias por lo general: incisivos laterales sup., incisivos centrales inf., segundos premolares. Confirmación radiográfica. No requiere tratamiento. Es muy común en síndrome de down.

- **Erupciones ectópicas, malposiciones y trasposiciones del germen.**

Aunque no son exactamente el mismo cuadro, pueden definirse como una alteración, en mayor o menor grado, de la posición del germen dentario en el hueso maxilar.

El diagnóstico debe hacerse lo antes posible para instaurar un tratamiento que "reordene" los dientes en su lugar. Las erupciones ectópicas y malposiciones son frecuentes tras una historia de traumatismo dentario del diente temporal. Estas lesiones requieren un seguimiento próximo y continuado hasta la emergencia del diente permanente, ya que pueden provocar un desplazamiento del germen permanente y/o una alteración de la morfología del mismo teniendo como consecuencia una alteración de la erupción dentaria y el desarrollo de una maloclusión.

- **Patología tumoral o quística.** Lo más frecuente es que se trate de odontomas y quistes dentígeros que deben ser extirpados quirúrgicamente.

- **Alteraciones del espacio y de la relación tamaño óseo-tamaño dentario.** Ésta es una causa frecuentísima, que cursa con alteración de la erupción, porque la desproporción hueso-diente dificulta el proceso. Generalmente el tamaño de hueso es pequeño para el tamaño dentario, pero puede ocurrir que con espacio óseo excesivo los dientes pierdan la referencia eruptiva que les proporcionan los dientes adyacentes y adquieran una vía aberrante. El diente retrasa su emergencia, disminuye la velocidad de erupción y se coloca fuera de su lugar en la arcada. La caries o traumatismos de la dentición temporal en los que se pierde prematuramente una parte o la totalidad del diente son otra causa frecuente de la alteración del espacio y de problemas en la erupción.

- **Malformaciones dentarias de origen congénito o ambiental.** Las alteraciones graves de la estructura dentaria como la amelogénesis imperfecta, raíces de formas

aberrantes, dilaceraciones, etc. cursan frecuentemente con retraso en la erupción. No se puede hablar de una prevención específica y el tratamiento consiste en el control y guía de la emergencia.

TENER EN CUENTA:

Se considera alteración o anomalía a todo aquello que se desvíe de lo normal. Cuando ésta alteración aparece se debe realizar una exhaustiva anamnesis, radiografías, examen clínico para buscar la causa y determinar el tratamiento correcto.

BIBLIOGRAFÍA:

- Prevención dentaria. Prevención y tratamiento de sus alteraciones. E. Barberia Leache. *Facultad de Odontología. Universidad Complutense. Madrid Pediatr Integral* 2001;6(3):229-240.
- Van der Linden F. Development of the dentition from birth to the Complete Deciduous Dentition. En: *Development of the dentition.* Chicago: Quintessence Publishing Co;1983. p. 23-27
- Margarita Varela Morales Odontopediatría y ortodoncia. *Unidad de Ortodoncia, Fundación Jiménez Díaz, Madrid.*

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE NIÑOS PREESCOLARES DE LA CIUDAD DE MENDOZA Y NIÑOS PREESCOLARES QUE CONCURREN A LA CLÍNICA DE LA CÁTEDRA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA U.N.CUYO.

Comparative study among preschool children in the city of Mendoza and preschool children who attend the clinic of the Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, UNCuyo.

Autora: Od. María Florencia Di Nardo

Auxiliar de Docencia Ad Honorem de la Cátedra Atención Odontológica del Paciente Discapacitado, Facultad de Odontología, Becaria de la Universidad nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina Email:supermoroc@hotmail.com

Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que la prevalencia de caries dental se modificó en el curso de las últimas décadas en la mayor parte del mundo. En los países industrializados y en algunos en vías de desarrollo, la experiencia de caries en niños experimentó una importante disminución, al mismo tiempo que incrementó la proporción de individuos con boca libre de caries y es más baja la frecuencia de otras enfermedades estomatológicas. Diversas causas han sido asociadas con esta tendencia declinante, como por ej.: medidas comunitarias de administración de fluoruros (la fluoruración del agua y de la sal) y el mejoramiento de la higiene bucal.

En los diversos países, la distribución de la caries dental no es homogénea, ya que existe un conjunto de factores que determinan un desigual reparto de la enfermedad en los diferentes grupos de población. La posición que ocupan las personas en la escala social parece constituir uno de tales factores. Las investigaciones desarrolladas en preescolares de nivel primario, de la Ciudad de Córdoba (Argentina), mostraron que la prevalencia de caries dental estaba inversamente relacionada con la categoría socioeconómica a la que adscribían los escolares: cuanto más baja su posición social, mayor era la cantidad de dientes cariados y extraídos o con extracción indicada. Estos hallazgos fueron coincidentes con los

obtenidos en investigaciones similares realizadas en diversos países como México, Venezuela.

En Argentina, así como en muchos otros países del Tercer Mundo, la investigación epidemiológica ha sido tradicionalmente desvalorizada, por lo que no se dispone de un sistema de seguimiento continuo de la salud bucal que brinde información completa y comparable a los fines de conocer cuál ha sido la tendencia que siguió la caries dental a través del tiempo, la distribución de la enfermedad a nivel poblacional y los factores que regulan su prevalencia. Esta desinformación resulta especialmente crítica cuando se trata de poblaciones infantiles en edad preescolar, por cuanto en esos estadios de la vida están ocurriendo acelerados procesos de crecimiento y desarrollo y donde se exacerban los riesgos de enfermedad de caries. Ello compromete tanto la salud de la dentición temporaria como el futuro de los dientes permanentes y limita seriamente la posibilidad de aplicar, con criterios de eficiencia y equidad, políticas sanitarias integrales que contribuyan a erradicar o reducir las enfermedades de incumbencia odontológica.

Se encontraron factores sociodemográficos relacionados con la caries dental como: nivel socioeconómico, edad, uso de biberón, educación y edad de la madre y otro factor (clínico) como la presencia de defectos estructurales del esmalte. La prevención de enfermedades bucales es importante desde los primeros años de vida, ya que la caries dental se presenta desde las primeras etapas de la infancia. Los dientes temporarios tienen funciones fisiológicas como: acción masticatoria, establecimiento de

la oclusión, mantenimiento de la dimensión, iniciación en la fonación y mantenimiento del espacio requerido para la erupción de los permanentes; y funciones biológicas: relación de proximidad con los permanentes, actúan en el proceso de erupción de los permanentes y estimulan el crecimiento de los maxilares. La ausencia prematura de un diente temporario lleva a la extrusión del antagonista, a una desarmonía en el plano oclusal, modificación de la dimensión vertical, disminución de la eficacia masticatoria, se achican los espacios para los dientes permanentes, la erupción de los mismos y se pierde la estética.

Hay que recordar que el Informe mundial sobre salud bucodental anuncia que las enfermedades bucodentales constituyen un importante problema de salud pública debido a una prevalencia y una incidencia elevadas en todas las regiones del planeta, y, como en el caso de todas las enfermedades, las poblaciones en las que la carga que representan las enfermedades bucodentales es mayor, son los grupos desfavorecidos y socialmente marginados.

ANÁLISIS DE DATOS

Un total de 102 niños fueron examinados en las escuelas y un total de 102 niños en la Facultad de Odontología.

Análisis parciales de los niños examinados en las escuelas.

Menos de la mitad 32 niños (31%) de la población examinada presentó actividad de caries y/o extracciones indicadas y 70 (69%) de los preescolares estuvieron libres de caries. La media global del índice ceod de los niños examinados fue de 2,53. La media de los ítems del ceod en las escuelas fueron las siguientes: c= 1,95; e= 0,42 y o= 0,16, sobre un total de ceod de 2, 53. La lesión con mayor frecuencia

es la lesión cariosa en la cual se observa una destrucción evidente de la corona. El segundo ítem en importancia es la extracción indicada, que nos habla de una lesión cariosa que ha destruido ampliamente al elemento dentario y puede llegar a comprometer los tejidos de sostén del mismo.

Análisis parciales de los pacientes de la Clínica de la Facultad.

Solo el 20% no presento ni actividad, ni historia de caries y el 80% de la población examinada presentó actividad de caries y/o extracciones indicadas. La media global del índice ceod de los niños examinados fue de 4,76. La media de los ítems del ceod en los pacientes de la Cátedra de Odontopediatría de la Facultad fueron las siguientes: c= 2,6; e= 1,87 y o= 0,27 sobre un total de ceod de 4,76.

DISCUSIÓN

Los resultados demuestran que la y la pérdida dental representa un problema de salud pública en la población preescolar. A pesar que en las últimas décadas se ha observado en distintas investigaciones una disminución de la caries dental, es probable que la atención o el tratamiento odontológico de la dentición infantil se considere de baja prioridad para los padres debido a su carácter temporal. Sin embargo, las consecuencias que la pérdida dental tiene en los niños son variadas y la mayoría de estas con altos costos tanto para la salud, como para la economía familiar. Los porcentajes de niños de las escuelas libres de actividad de caries fue de 31% (32) y de un 20%(20) en los pacientes de la clínica. En el ítem caries en las escuelas tiene una media de 1.95 y en los pacientes de la clínica 2,6 ; que representa un 33.3 % más, sobre el ítem de extracciones indicadas fue 0,42 en contraposición con 1,87 respectivamente los

pacientes tiene un 78.5% más que los niños de las escuelas, estos ítems representan actividad de caries e indican la necesidad de tratamiento restaurativo o quirúrgico, con la posterior colocación de mantenedores de espacio, estos datos indicaría que a medida que aumenta la actividad de caries, va disminuyendo el nivel socioeconómico; paradójicamente la pérdida de piezas sobre todo posteriores implica la colocación inmediata de un mantenedor de espacio.

En cuanto a la comparación del ceod total, los pacientes de la clínica presentan una media de 4,76 sobre una media de los niños de las escuelas de 2,53, es casi el doble y estos datos afirman aun mas que la necesidades de tratamiento son muy elevadas en esta población de riesgo.

CONCLUSIONES

La prevalencia de caries parece ser uno de los problemas de salud que afectan a todos los grupos de edad. Desde el punto de vista epidemiológico la caries es la enfermedad bucal de mayor importancia en Odontología, que por su magnitud y trascendencia se ha convertido en un problema de salud pública.

La repercusión de la baja prioridad de los padres en la dentición infantil por su carácter de temporaria es notoria y depende de los agentes de salud, tanto pediatras, como odontopediatra. Lo ideal sería aplicar programas preventivos masivos de odontología, como: educación para la salud, el cepillado dental asistido, y las aplicaciones tópicas de flúor, aunque en esta última es necesario tener un control adecuado y estricto para no causar daños adversos en los niños.

Así mismo es preciso evaluar el efecto de la condición socioeconómica en este tipo de poblaciones con el fin de disminuir la

diferencia en los indicadores del proceso salud-enfermedad. La frecuencia y la gravedad de caries aumentan en medida que disminuye la situación socioeconómica y transforma a este sector de la población en un grupo de alta riesgo de sufrir caries dental. Aunque luego de los resultados arrojados no solo es necesario incluir medidas preventivas,

sino también curativas de los dientes primarios afectados reduciendo los focos de infección, para que estos niños estén preparados para recibir la dentición temporaria y tengan una mejor calidad de vida. Se requiere redoblar esfuerzos para incrementar el acceso de la población a los servicios odontológicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Declaración de la Asamblea de Rehabilitación Internacional. Auckland. 1996 (paidos.rediris.es/genys/i/recursos/doc/leyes/Auckland (Prevención de la discapacidad)
www.nexusediciones.com/pdf/gero2000_2
 Caries dental. Nikiforuk G. Buenos Aires. Mundy 1986.
 Artículo: Atención primaria de la salud odontológica en pacientes especiales autor: Prof. Dr. Clemente Ravaglia.
www.odontologia-online.com
www.discapnet.es/Discapnet/Castellano/Bibliografia
<http://www.dentzanousa.com/servicios.aspx?id=13>http://www.medicosgeneralescolombianos.com/Salud_Oral.htm
http://www.ucsfchildcarehealth.org/pdfs/healthandsafety/OralHlthSpNeedsSP071807_adr.pdf
 Índice de caries en niños con síndrome de down, parálisis cerebral e hidrocefalia. Autores: Arenas Rojas Paloma, Arce Fernández Grecia Daniela, Ibarra

ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA DE AUTOCUIDADO DENTAL EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD

Strategies for Teaching Self-Dental for Children with Disabilities



Od. Marjorie VILLARROEL MELGAREJO

Auxiliar de Docencia Ad Honorem de la Cátedra Atención Odontológica del Paciente Discapacitado, Facultad de Odontología, Universidad nacional de Cuyo, Mendoza. Argentina Email: marjorieav@yahoo.com

Objetivo: Analizar las diferentes acciones de autocuidado dental en niños con diferentes tipos de discapacidad.

Desarrollo

Uno de los pilares en la atención odontológica de niños con discapacidad, es lograr la participación del propio paciente más allá del grado de severidad de la enfermedad sistémica. Por ello una clave fundamental en el tratamiento es la motivación, para la cual es indispensable respetar los tiempos del paciente. Dicha motivación puede ser realizada en forma individual o grupal, uno de los caminos a seguir para crear un vínculo con el paciente puede ser por medio del juego. Otra herramienta que podemos utilizar es el cambio de roles, la cual es muy útil para que el

paciente entre en confianza, adquiera seguridad, disminuya sus sentimientos de ansiedad y angustia, juegue y al mismo tiempo manifieste sus dudas, deseos e inquietudes.

Muchas veces encontramos que debido a la gravedad, o a la dependencia del adulto, el niño es anulado en lo que se refiere a involucrario en el cuidado de su propia salud bucal. Si bien la motivación de la familia es importante, ya que son los colaboradores directos de la efectividad del tratamiento y de las actividades preventivas a aplicar, nunca debemos dejar de lado la participación del paciente.



La realidad de que el paciente sea ciego, tenga retardo mental o graves problemas motores, hace que la participación de los padres en la realización de las técnicas de higiene oral sea insustituible, pero es imprescindible que el odontólogo tenga en cuenta la participación activa del paciente, ya sea para crear un hábito, aumentar el autoestima del paciente o para que los padres vean progresos en la rehabilitación de su hijo.

Las técnicas de higiene oral que enseñaremos dependerán de distintos factores, como puede ser el grado de dependencia, las características propias del paciente y el grado de discapacidad.

En los casos de retraso mental podemos no enseñar una técnica de higiene específica, sino que podemos ayudarnos de pastillas reveladoras de placa bacteriana e indicar al paciente que elimine las manchas que advierte visualmente.

En pacientes con una motricidad adecuada como para realizar la técnica de higiene, le enseñamos la técnica correctamente, en estos casos tampoco es necesario modificar el cepillo dental.

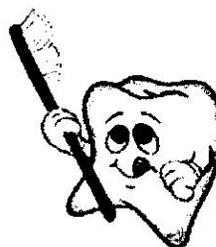
Por el contrario, en pacientes totalmente dependientes del adulto, es imprescindible que logremos el compromiso de éste para realizar la higiene oral, indicándole para ello la utilización de un cepillo de niño (pequeño).

Es muy importante que luego de enseñar la técnica de higiene oral al adulto, la realice delante nuestro, para controlar que lo haga correctamente. Frente a la existencia de distintas actitudes que podemos encontrar en los padres, ya sea indiferencia, colaboración u obsesión, es de vital importancia para el éxito del tratamiento generar un compromiso por

parte de ellos, ya que podemos obturar piezas, realizar exodoncias, colocar prótesis fijas o removibles, pero si no se realiza el cuidado necesario todo el trabajo fracasará a largo plazo.

En la atención de pacientes discapacitados es muy útil la formación de equipos interdisciplinarios que incluyan a un terapeuta ocupacional. La terapia ocupacional es la especialidad que se ocupa de adiestrar al paciente en lo necesario para poder realizar las maniobras que la vida le exige para sobrevivir, adaptando elementos utilizados en la vida cotidiana para diferentes usos, adaptan todo tipo de utensilios, desde andadores, sillas de ruedas, hasta cubiertos y cepillos de dientes. Pero lamentablemente no siempre contamos con su ayuda, por lo que el odontólogo en algunas ocasiones debe utilizar su ingenio y crear dichas adaptaciones por sí mismo, dependiendo de las necesidades del paciente

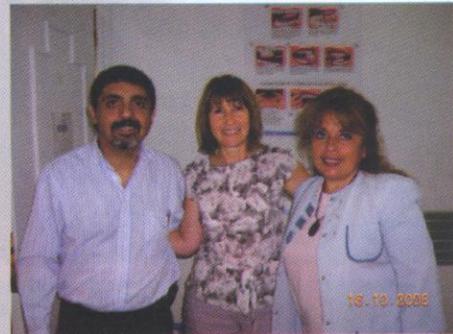
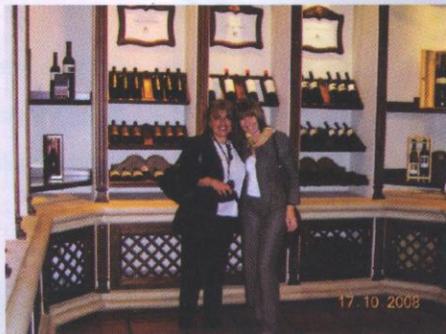
La importancia de motivar al paciente para lograr el Autocuidado es fundamental para la salud bucal de niños con discapacidad y debe ser realizada en forma continua con el fin de crear en el paciente un hábito no solo de higiene diaria sino también de controles odontológicos periódicos. Las diferentes estrategias que pueda crear el profesional adaptadas a cada caso clínico son fundamentales para mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad.



NOTICIAS

La visita de la Dra. Shelagh THOMPSON, en Octubre de 2008, nos permitió compartir experiencias, estrategias de abordaje y saberes científicos acerca de la atención del paciente con discapacidad a nivel odontológico.

En el enero de 2009, escribió un artículo acerca de su experiencia con nosotros en el British Journal of Disability and Oral Health



Colaboraron en la Cátedra durante los ciclos lectivos 2007 y 2008 las Odontólogas Florencia DI NARDO y Verónica CAMPAÑA en carácter de "Becarias" de la Universidad Nacional de Cuyo



El Prof. Adjunto Od. Walter LOPRESTI participó como "dictante" del tema "Enfoque y Parámetros Alternativos en la Atención Odontológica del Paciente Discapacitado" en el marco del Encuentro por el Niño y la Familia (Salud, Educación y Deporte) en Abril del corriente en San Juan.

Desde la Universitat de les Illes Balears, la Fundació Càtedra Iberomericana publicó en su sección LIBROS ELECTRÓNICOS La Lactancia y su Relación con la Presencia de Maloclusiones en Niños de 0 a 6 años de la Becaria Od. Verónica CAMPAÑA.



...desde Lille (Francia) realizó una estadía clínica.



LO MAS IMPORTANTE del AÑO, Nuestros estudiantes trabajando para mejorar la calidad de vida de niños y adultos con discapacidad



19 Congress of the International Association for Disability and Oral Health realizado en Santos, Brasil del 29 al 31 de Octubre de 2008

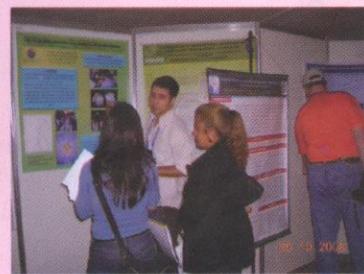


Compatriotas argentinos bailando tango en el Acto Inaugural (Izquierda). Niños y adolescentes con discapacidad bailando "capoeira" (abajo)



Nuestra participación en actividades científicas

Evaluación de Posters



Con colegas europeos

Con el Dr. Reynaldo FIGUEIREDO de San Pablo, Brasil.

No podemos despedirnos sin antes AGRADECER al Sr. Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo Prof. Od. Alberto MARTÍN ya que sin su colaboración hubiera sido imposible nuestra participación en este evento.

Para este 2009, la Facultad abre sus puertas !!!

X Jornadas Latinoamericanas de Odontología
III Congreso Mendocino de Odontología
 Mendoza - Argentina / 17 al 19 Septiembre 2009
 Sede: Hotel Sheraton

Organiza: FACULTAD DE ODONTOLÓGIA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

TEMAS: Periodoncia, Endodoncia, Ortodoncia, ATM, Operatoria y Materiales Dentales, Cirugía, Odontopediatría, Estomatología, Rehabilitación e Implantes, Gerodentología, Farmacología Terapéutica, Odontología Preventiva y Social, Pacientes Especiales.

ENCUENTRO DEL DEPORTE EN ODONTOLÓGIA

Informes: Facultad de Odontología, Parque Central, San Martín, U.N.Cuyo, www.fodonca.unca.edu.ar / E-mail: jfo.fodonca.unca.edu.ar

NUESTRA PARTICIPANTE de la Asociación para la Rehabilitación del Infante Excepcional (ARIE) y Presidenta ASPODES Asociación Peruana de Odontoestomatología de Pacientes Especiales, Dra. Edith FALCONI SALAZAR que participará en carácter de dictante del curso "ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL BEBE EN RIESGO" en las Jornadas de Septiembre.



Agradecemos a **Colgate®** Su desinteresada colaboración con los Kits de higiene oral del "Plan escolar" que nos ha donado para continuar con las acciones educativas en las Escuelas Especiales.



Hasta la próxima
See you soon