



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA DE POSTGRADO  
“DR. JOSÉ APOLO PINEDA”**

**“DETERMINAR LA PREVALENCIA DE ENFERMEDAD  
GINGIVAL Y PERIODONTAL EN LOS ALUMNOS CON  
CAPACIDADES DIFERENTES DE LA ESCUELA  
FISCAL FLORESTA DE GUAYAQUIL DURANTE EL  
PERIODO 2013”.**

**Tesis presentada como requisito para optar por el Grado de  
Magíster en Salud Pública**

**MAESTRANTE:**

**DRA. MARÍA EUGENIA BENÍTEZ HOYOS**

**TUTOR**

**ODONT. HECTOR HIDALGO RODRÍGUEZ M.SC**

**Guayaquil-Ecuador**

**2015**



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA DE POSTGRADO  
“DR. JOSÉ APOLO PINEDA”**

Esta Tesis cuya autoría corresponde a la **DOCTORA EN ODONTOLOGIA, MARIA EUGENIA BENITEZ HOYOS**, ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado nominado por la Universidad de Guayaquil, como requisito parcial para optar por el Grado de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**.

---

**Dr. Miguel Álvarez Avilés M.Sc.  
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

---

**Dra. Amara Aguirre Cando M.Sc.  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

---

**Dr. Marcos Ruiz Pacheco M.Sc.  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

---

**Dr. Johnny Moreira Bolaños M.Sc.  
SECRETARIO (E)  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA**

## **CERTIFICADO DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación de Tesis para optar el Título de Magister en Salud Pública, de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

### **CERTIFICO**

Que: he dirigido y revisado la tesis de grado presentada por la **DOCTORA EN ODONTOLOGIA, MARIA EUGENIA BENITEZ HOYOS, C.I. # 0918489832.**

**CUYO TEMA DE TESIS ES:**

**“DETERMINAR LA PREVALENCIA DE ENFERMEDAD GINGIVAL Y PERIODONTAL EN LOS ALUMNOS CON CAPACIDADES DIFERENTES DE LA ESCUELA FISCAL FLORESTA DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERIODO 2013”.**

**REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE LA TESIS, SE APROBO EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:**

**ODONT. HECTOR HIDALGO RODRÍGUEZ M.SC  
TUTOR**

## **CERTIFICADO DEL GRAMÁTICO**

LCDA. REBECA DE LOURDES PLÚAS SUÁREZ, con C.I. 0901414680; por medio del presente tengo bien CERTIFICAR: Que he revisado la tesis de grado elaborada por la **DOCTORA EN ODONTOLOGIA, MARIA EUGENIA BENITEZ HOYOS**, C.I. # 0918489832, previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**.

Tema de Tesis: **“DETERMINAR LA PREVALENCIA DE ENFERMEDAD GINGIVAL Y PERIODONTAL EN LOS ALUMNOS CON CAPACIDADES DIFERENTES DE LA ESCUELA FISCAL FLORESTA DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERIODO 2013”**.

La tesis revisada ha sido escrita de acuerdo a las normas gramaticales y de sintaxis vigentes de la lengua española.

---

LCDA. REBECA DE LOURDES PLÚAS SUÁREZ  
C.I. 0901414680  
REG. 1006-10-1000394

## **DEDICATORIA**

A mi esposo Dr. Carlos Martínez Florencia por su apoyo durante mis estudios de Maestría, A mis hijos norte y sur de mi existencia; Carlos Cesar y Emilio José quienes son mi principal motivación para lograr mis objetivos.

A mi querida madre que a través de la distancia me alentó con su amor y sabias palabras.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco infinitamente a Dios por bendecirme con salud, amor y poder avanzar un escalón más en mi vida profesional

A la Universidad de Guayaquil, Facultad Piloto de Odontología, Escuela de Postgrado “José Apolo Pineda” por permitirme estudiar la Maestría en Salud Pública.

A la Escuela Fiscal Floresta de Guayaquil y su director Dr. Manuel Castro por permitirme realizar los estudios en personas discapacitadas.

## INDICE GENERAL

<b>Contenidos</b>	<b>Pág.</b>
Caratula	
Contracaratula	
Aprobación del tribunal	II
Certificado del tutor	III
Certificado del Gramátologo	IV
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice General	VII
Índice de cuadros	IX
Índice de Gráficos	X
Repositorio	XI
Resumen	XIII
Abstract	XIV
Introducción	1
1. Planteamiento del problema	3
1.1 Identificación del problema	3
1.2 Descripción del problema	3
1.3 Formulación del problema	5
1.4 Delimitación del problema	5
1.5 Preguntas relevantes de investigación	5
1.6 Objetivos de investigación.	6
1.6.1 Objetivo General.	6
1.2.2 Objetivos Específicos.	6
1.6 Justificación de la investigación.	7
2 MARCO TEORICO.	9
Antecedentes	9
2.1 Fundamentos teóricos.	10
2.2.1 Higiene Bucal	10
2.2.2 Visitas al Odontólogo	11

2.2.3 Enfermedades Gingivales	12
2.2.3.1 Características clínicas de las enfermedades gingivales	12
2.2.4 Caries Dental	14
2.2.5 Higiene Bucodental de la Niñez	15
2.2.6 Niños con discapacidad	17
2.2.7 Educación para niños con Capacidades Diferentes	19
2.3 Variables de Investigación	21
3 Materiales y método	22
3.1 tipo de investigación	23
3.2 universo	23
3.3 criterios de inclusión	23
3.4 factibilidad y recursos para la ejecución	23
3.5 aplicación práctica de los resultados	23
3.6 Discusión	25
4.- Propuesta	26
5.- Conclusiones	28
6.- Recomendaciones	29
Bibliografía	30



Presidencia  
de la  
República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia y Tecnología



**SENESCYT**  
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,  
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

**REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

**FICHA DE REGISTRO DE TESIS**

**TÍTULO Y SUBTÍTULO:** “DETERMINAR LA PREVALENCIA DE ENFERMEDAD GINGIVAL Y PERIODONTAL EN LOS ALUMNOS CON CAPACIDADES DIFERENTES DE LA ESCUELA FISCAL FLORESTA DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERIODO 2013”.

**AUTOR/:**  
DOCTORA EN ODONTOLOGIA, MARIA  
EUGENIA BENITEZ HOYOS

**REVISORES:**  
ODONT. HECTOR HIDALGO RODRÍGUEZ  
M.SC.

**INSTITUCIÓN:** Universidad de  
Guayaquil  
Escuela de Postgrado  
“Dr. José Apolo Pineda”

**FACULTAD:**  
Piloto de Odontología

**CARRERA:** MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**FECHA DE PUBLICACIÓN:**

**No. DE PÁGS:** 33

**ÁREAS TEMÁTICAS:**ÁREA DE LA SALUD

**PALABRAS CLAVE:** PACIENTES CON CAPACIDADES DIFERENTES, SALUD BUCAL.

**RESUMEN:** La Salud Bucal es un eslabón importante en el ámbito del bienestar de las personas, porque repercute en la calidad de vida de la población en general. Infecciones, intoxicaciones con alcohol y drogas durante el embarazo, radiaciones, desnutrición etc., predominan en un 90%. Los perinatales como traumas, falta de oxígeno durante el nacimiento, o prematurez extrema, comprenden un 5 %, y posnatales como infecciones (meningitis y encefalitis), intoxicación, trauma y tumoraciones, comprenden el otro 5 %.

**No. DE REGISTRO (en base de datos):**

**No. DE CLASIFICACIÓN:**

**DIRECCIÓN URL (tesis en la web):**

ADJUNTO PDF:	(X) SI	( ) NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0987209008	E-mail: carcemil@hotmail.com
INSTITUCIÓN:	Nombre: <i>*(SE DEJA EN BLANCO)</i>	
Universidad de Guayaquil	Teléfono:	

**Quito:** Av. Whymper E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Promete, teléfonos 569898/9. **Fax: (593 2) 250905**

## **RESUMEN**

A nivel mundial la mayoría de los pacientes con capacidades diferentes no reciben tratamientos odontológicos acorde a sus necesidades. El Odontólogo necesita más familiarización, profundización y capacitación sobre este tipo de paciente, para brindar una atención con calidad. La persona médicamente comprometida presenta una patología crónica y en consecuencia, recibe además, tratamientos que requieren de cuidados especiales al realizar intervenciones, incluso, mínimamente quirúrgicas, como es el caso del tratamiento odontológico. La Salud Bucal es un eslabón importante en el ámbito del bienestar de las personas, porque repercute en la calidad de vida de la población en general. Infecciones, intoxicaciones con alcohol y drogas durante el embarazo, radiaciones, desnutrición etc., predominan en un 90%. Los perinatales como traumas, falta de oxígeno durante el nacimiento, o prematura extrema, comprenden un 5 %, y posnatales como infecciones (meningitis y encefalitis), intoxicación, trauma y tumoraciones, comprenden el otro 5 %.

El objetivo principal de esta investigación es, obtener datos relevantes de enfermedad gingival y periodontal en pacientes con capacidades diferentes de nuestra ciudad, enfocándonos en una escuela del sector de la Floresta y brindar recomendaciones para una mayor atención.

### **PALABRAS CLAVES:**

**PACIENTES CON CAPACIDADES DIFERENTES, SALUD BUCAL.**

## **ABSTRACT**

Worldwide, most patients with disabilities do not receive dental treatment according to their needs. The dentist need more familiarization and training deepening this type of patient, to provide quality care. Medically compromised person has a chronic disease and consequently also receives, treatments that require special care when performing interventions even minimally surgical, such as dental treatment. Oral health is an important area of welfare of people link, because affects the quality of life of the general population.

Infections, poisoning with alcohol and drugs during pregnancy, radiation, malnutrition, etc., dominate 90%. Perinatal and traumas, lack of oxygen during birth, or extreme prematurity, comprising 5% and postnatal like infections (meningitis and encephalitis), poisoning, trauma and tumors, comprising the remaining 5%.

The main objective of this research is to obtain relevant data from gingival and periodontal disease in patients with different capacities of our city, focusing on a school Floresta sector and provide recommendations for further attention.

## **KEYWORDS**

PATIENTS WITH SPECIAL NEEDS, ORAL HEALTH.

# INTRODUCCIÓN

El paciente discapacitado o especial es aquel niño, joven o adulto que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, que puede encontrarse médicamente comprometido, o con algún tipo de discapacidad física, psíquica, sensorial o problemas del comportamiento. En estomatología el paciente especial es aquella persona que para su atención exige maniobras, conceptos, equipamiento y personas de ayuda especiales, o sea, escapan a los programas y rutinas estándar que se llevan a cabo en el mantenimiento de la salud bucodental de la población. (Castañeda N, 2012)

La persona médicamente comprometida presenta una patología crónica (que se desarrolla lentamente y persiste durante un largo período de tiempo), y en consecuencia, recibe además, tratamientos de larga duración. Requieren de cuidados especiales al realizar intervenciones, incluso, mínimamente quirúrgicas, como es el caso del tratamiento odontológico. (Cordano V., 2004)

La Salud Bucal es un eslabón importante en el ámbito del bienestar bio psico social de los individuos, ya que las evidencias muestran una estrecha relación entre el estado de salud bucal con la salud integral, que repercute en la calidad de vida dela población. (MSP, 2009)

Diferentes factores prenatales, perinatales y posnatales pueden generar discapacidad. Los factores prenatales como afecciones hereditarias dominantes y recesivas, aberraciones cromosómicas, Infecciones (rubiola y toxoplasmosis), intoxicaciones con alcohol y drogas durante el embarazo, radiaciones, desnutrición etc., predominan en un 90%. Los perinatales como traumas, falta de oxígeno durante el nacimiento, o prematurez extrema, comprenden

un 5 %, y posnatales como infecciones (meningitis y encefalitis), intoxicación, trauma y tumoraciones, comprenden el otro 5 %. (Valdés Herrera , 2008)

Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud coinciden en que las estadísticas demuestran que el 10 % de la población mundial es portadora de discapacidades de distintos tipos y gravedades. (García Flores, Suárez Zafra, & De la Huerta Flores, 2013)

A nivel mundial la mayoría de los discapacitados no reciben tratamientos estomatológicos acorde a sus necesidades. El estomatólogo necesita más familiarización, profundización y capacitación sobre este tipo de paciente, para brindar una atención estomatológica con calidad. (García Flores, Suárez Zafra, & De la Huerta Flores, 2013)

La mayoría pueden ser atendidos en consulta normal como el resto de los pacientes, con buena preparación del estomatólogo en cuanto a conocimientos sobre la patología discapacitante, las afecciones bucales que presentan, manejo psicológico con apreciación del entorno, familia y comunidad en la que se desarrollan, correcta relación con el equipo multidisciplinario de salud, comprensión, amor y alto sentido de humanismo. La promoción y prevención constituyen la herramienta fundamental en el tratamiento de estos pacientes. ( Gispert , Personas con necesidades especiales, 2012)

El objetivo de la presente investigación es, Determinar La prevalencia de enfermedad gingival y periodontal en los alumnos con capacidades diferentes de la escuela fiscal Floresta de Guayaquil durante el periodo 2013”.

# **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1.1 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**

Los problemas de salud bucal presentes en población de pacientes con capacidades especiales continúan siendo de alta prevalencia en todos los grupos etéreos, y si bien, en general no son causa de muerte, afectan la calidad de vida de las personas. Las patologías orales de mayor prevalencia en estos pacientes son: Caries Dental, Enfermedades Gingivales y Periodontales y Anomalías Dento Maxilares.

## **1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Las patologías bucales de mayor prevalencia en nuestro país son la caries dental y la enfermedad periodontal de acuerdo al último estudio epidemiológico (1996), el que reveló además que el 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries dental; el 84% tiene presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis, se evidenció también que de los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mal oclusión, lo que continua siendo un problema de salud pública que afecta considerablemente a la población infantil. (MSP, 2009)

Estas patologías se encuentran entre las de mayor demanda de atención en los servicios de salud públicos del país, siendo importante señalar que estas pueden ser controladas a través de la ejecución de acciones de protección integral de salud, promoción, educación, prevención y recuperación, así como a la vigilancia y al control de estas enfermedades y sus riesgos. (MSP, 2009)

Se debe considerar en los problemas bucodentales de los pacientes especiales, a las persona responsable del o los pacientes e instruirlos para considerar: el cepillado de los dientes, La limpieza interdental, la eliminación de la placa bacteriana y así controlar la placa dentobacteriana, para contribuir a la prevención de las enfermedades orales más prevalentes como la gingivitis y periodontitis. ( Tan Castañeda & Rodríguez Calzadilla, 2001)

Históricamente, el cuidado dental para los niños era realizada únicamente por dentistas pediátricos, pero ha habido un aumento de la expectativa de vida de estos niños que, a medida que envejecen, se mueven a prácticas dentales de adultos. Los niños con necesidades especiales requieren de consideraciones especiales, como en cualquier grupo de edad, en la planificación de su tratamiento dental. ( Ganem, 2011)

El conocimiento de los elementos y condiciones médicas para entender los procesos biológicos y terapias que afectan la prestación de atención bucodental. El conocimiento de las implicaciones de la salud oral, tales como la enfermedad periodontal precoz en el síndrome de Down o la hiperplasia gingival en pacientes con trastornos convulsivos. ( Ganem, 2011)

Asimismo el conocimiento de entorno social, manejo de la comunicación terapéutica de niños Autismo y Trastorno del Espectro Autista. Vale resaltar que una buena salud bucal es un aspecto importante de la salud de cualquier niño. Para el niño con necesidades especiales es tanto un problema de salud oral como social.

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia de la enfermedad Gingival y Periodontal en niños con capacidades diferentes de la escuela Floresta de Guayaquil?

### **1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

**Tema:** “Determinar la prevalencia de enfermedad gingival y periodontal en los alumnos con capacidades diferentes de la escuela fiscal Floresta de Guayaquil durante el período 2013”.

**Objeto de Estudio:** Prevalencia de enfermedad gingival y periodontal

**Campo de acción:** Niños con capacidades diferentes

**Área:** Postgrado

**Lugar:** Facultad Piloto de odontología

**Periodo:** 2013

**Espacio:** Escuela fiscal Floresta de Guayaquil

### **1.5 PREGUNTAS RELEVANTES**

¿Cuál es la prevalencia de enfermedad periodontal y gingival según el trastorno de capacidades diferentes en escuela fiscal Floresta de Guayaquil durante el periodo 2013?

¿Cómo incide en los niños discapacitados la enfermedad periodontal y la enfermedad gingival?

¿Cómo se debe prevenir la enfermedad periodontal y gingival en niños con capacidades deferentes?

¿Cuáles son los problemas más comunes cuando presentan la enfermedad?

## **1.6 OBJETIVO DE INVESTIGACION**

### **1.6.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia de enfermedad gingival y periodontal en los alumnos con capacidades diferentes de la Escuela Fiscal Floresta de Guayaquil durante el período 2013”.

### **1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Diagnosticar, la prevalencia de enfermedad Gingival y Periodontal según el trastornos de capacidades diferentes en los niños de la escuela Floresta de Guayaquil durante el período 2013.
- Identificar los conocimientos y prácticas que poseen lo alumnos.
- Implementar un proyecto educativo de higiene Bucodentaria para los alumnos con capacidades diferentes de la escuela fiscal Floresta de Guayaquil durante el periodo 2013”.
- Validar la propuesta ante las autoridades de la escuela fiscal Floresta de Guayaquil durante el periodo 2013”.

## **1.7 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

Los niños con discapacidad intelectual presentan numerosos problemas en su salud bucal debido a la mala higiene bucal, la dieta blanda y las dificultades para el tratamiento. (Serrano, Torrelles, & Simancas P, 2012)

La proporción de caries dental en estos niños aumenta y los problemas bucales en ellos son más severos por las anomalías dentarias que presentan desde edades muy tempranas. (Serrano, Torrelles, & Simancas P, 2012)

En estos niños el estado periodontal es deficiente, por lo que las alteraciones gingivales son muy comunes, de gran extensión y se desarrollan más rápido que en niños normales, aumentando con la edad y el grado de discapacidad intelectual (Benavente, 2007)

Las enfermedades gingivales, o llamadas gingivitis comprenden un grupo de procesos inflamatorios que la encía que afectan las estructuras de protección de la pieza dentaria (Cardozo, Encinas, Esquivel, Miqueri, & Vera, 2005)

Llamamos paciente con capacidades diferentes a aquel que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, sea de orden físico, mental o sensorial, así como de comportamiento, que para su atención odontológica y estomatológica exige maniobras, conceptos, equipamiento y personas de ayuda especiales, con capacidad de atender en el consultorio las necesidades que estos generan. (Castañeda N, 2012)

Con el presente tema de investigación se pretende presentar alternativas al odontólogo acerca de las enfermedades bucales prevenibles de origen dentobacteriana y las principales necesidades de las personas en condición de discapacidad referentes a su higiene oral.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las dos terceras partes de la población que presentan discapacidad no reciben atención bucodental y aunque los porcentajes estimados de población con discapacidad varían de una localidad a otra, los

aspectos de salud integral para este grupo poblacional no incluyen su rehabilitación.

Asimismo, se ha demostrado que la ignorancia, el desconocimiento y el temor a causar un daño, así como la falta de preparación para desarrollar en ellos un tratamiento conservador asociados a sus propias reacciones emocionales, las de sus familiares y las del profesional son los factores determinantes para emplear las extracciones múltiples como soluciones extremas, sin tomar en cuenta las mutilaciones que ello implica, haciendo cada vez mayores las barreras que impiden el acceso a los servicios de atención y en algunos casos hasta el rechazo del paciente a asistir a la consulta odontológica (Rodríguez, 2001)

Desde el punto de vista jurídico los pacientes que padecen de discapacidad intelectual son protegidos por la ley. En ese sentido en la Ley para Personas con Discapacidad,

Existen pocos centros educativos donde se dé atención odontológica a personas con discapacidad intelectual, así como no existe una amplia literatura que nos refiera con claridad el estado de salud bucodental de los niños con discapacidad no asociado a otros síndromes.

## **2. MARCO TEORICO**

### **2.1 ANTECEDENTES**

Existe un aumento de discapacitados a nivel mundial, sobre todo en las edades de 6 y 16 años, más frecuente en niños que en niñas. (Salaza, 2008) Este incremento puede deberse a que estos niños tienen hoy una esperanza de vida más larga gracias a los progresos de la medicina, o al hecho de que cada vez hay más jóvenes discapacitados como consecuencia de accidentes o de actos violentos. También parece que tiende a aumentar el número de discapacitados entre las personas de edad. (Castañeda N, 2012)

En los Estados Unidos, aproximadamente un 2 % de los niños en de escolar tiene una grave discapacidad del desarrollo como retraso mental o parálisis cerebral, y requieren servicios educativos especiales o cuidados adicionales, y un 17 % de los menores de 18 años tienen una discapacidad del desarrollo. Asimismo en Chile, según la sexta encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, hay medio millón de personas con algún tipo de discapacidad. (Gispert, Personas con necesidades especiales, 2012)

El desconocimiento de los problemas bucodentales que pueden presentar, asociados a sus propias reacciones emocionales y las de sus familiares, las patologías de base que los afecta, así como las propias reacciones del profesional, crean con toda seguridad la mayor barrera para acceder a las posibilidades de su atención. (Ravaglia, 1997)

Los estudios coinciden en que en el tratamiento estomatológico al paciente con retraso mental la prevención es la consideración más importante, que debe iniciarse desde edades tempranas. La atención debe ser sistemática y periódica, con aplicación de técnicas de manejo adecuado, imprescindible para lograr resultados

satisfactorios. En la educación y desarrollo de estos niños el papel decisivo corresponde a los padres y familia, auxiliados por los educadores y el equipo de salud. (Balears, 2011)

El odontólogo debe tener además un conocimiento activo de la psicología. Según Ravaglia en la atención del paciente discapacitado debe existir una íntima relación entre la faz psicológica y el tratamiento clínico-odontológico, que debe ser de total manejo y responsabilidad del profesional

## **2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

### **2.2.1 HIGIENE BUCAL**

La higiene de la boca se debe iniciar desde el nacimiento, antes de que aparezcan los primeros dientes. Limpie las mucosas y encías con una gasa, pasándola por todo el interior de la boca y la lengua después que el niño tome leche o coma. (Rosales C., 2013)

La higiene bucal en conjunto con una dieta saludable y visitas periódicas al dentista nos ayudan a prevenir enfermedades como la caries y problemas de las encías que pueden llevar a nuestros hijos a tener dolor, inflamación y sangrado en sus dientes y encías. (Rosales C., 2013)

Los buenos hábitos de salud bucal comienzan a temprana edad. Para asegurar una boca saludable por muchos años, es una buena idea planear la primera visita de su niño(a) al dentista seis meses después de que aparezca su primer diente. Con la planeación apropiada y un poco de paciencia, puede ser una experiencia positiva para los padres y niño. (OralHealthBrochureSpanish, 2012)

### **2.2.2 VISITAS AL ODONTÓLOGO**

La salud oral comienza en la época prenatal, cuando la mamá debe evitar sustancias y situaciones que pueden causar anomalías craneofaciales y malformaciones dentales, como por ejemplo, contacto con químicos, toma de radiografías y consumo de cigarrillo, licor y drogas psicoestimulantes. (Azüero Palta, 2011) (Matesanz-Pérez , Matos-Cruz, & Bascones-Martínez, 2008)

La edad recomendada para la primera visita al Odontopediatra es al año de edad. En esta visita los padres recibirán información adecuada acerca de higiene bucal; manejo de hábitos bucales, succión digital y uso de biberón después del año de edad; recomendaciones acerca de dieta no cariogénica; proceso de erupción de los dientes y tratamiento de maloclusiones. (Azüero Palta, 2011)

Las visitas al Odontopediatra deben ser mínimo cada seis meses, con el fin de promover la salud bucal y, si es del caso, tratar enfermedades antes de que avancen y deterioren la salud general del niño". (Azüero Palta, 2011)

Se necesita de un estomatólogo lo suficientemente preparado para dar prevención a las enfermedades en la salud oral, solución a sus problemas bucales con el mayor profesionalismo y preparación posible. (Azüero Palta, 2011)

### **2.2.3 ENFERMEDAD DE LA ENCÍA**

Las enfermedades gingivales son una amplia familia de patologías diferentes y complejas, que se encuentran confinadas a la encía y son el resultado de diferentes etiologías. La característica común a todas ellas es que se localizan exclusivamente sobre la encía; no afectan de ningún modo a la inserción ni al resto del periodonto. De ahí que se engloben en un grupo independiente al de las

periodontitis. (Matesanz-Pérez , Matos-Cruz, & Bascones-Martínez, 2008)

Las enfermedades gingivales forman un grupo heterogéneo, en el que pueden verse problemas de índole exclusivamente inflamatoria, como las gingivitis propiamente dichas, bien modificadas, o no, por factores sistémicos, medicamentos o malnutrición; pero también alteraciones de origen bacteriano específico, viral, fúngico, genético, traumático o asociadas a alteraciones sistémicas, que lo único que tienen en común es el desarrollarse sobre la encía. (Matesanz-Pérez , Matos-Cruz, & Bascones-Martínez, 2008).

### **2.2.3.1 Características clínicas de las enfermedades gingivales**

Existen ciertas características que coinciden en todos los casos de enfermedad gingival asociada a placa y que ayudan al clínico en la identificación del problema, pero siempre teniendo presente que sólo vamos a encontrar signos o síntomas sobre la encía, nunca sobre el resto del periodonto, ya que de ser así, la alteración se escaparía del apartado de enfermedades gingivales. Todas ellas se caracterizan por:

1. Presentar placa bacteriana que inicia o exacerba la severidad de la lesión.
2. Ser reversibles si se eliminan los factores causales.
3. Por tener un posible papel como precursor en la pérdida de inserción alrededor de los dientes.

Clínicamente se aprecia una encía inflamada, con un contorno gingival alargado debido a la existencia de edema o fibrosis, una coloración roja o azulada, una temperatura sulcular elevada,

sangrado al sondaje y un incremento del sangrado gingival. Todos estos signos están asociados a periodontos sin pérdidas de inserción, o estables aunque en periodontos reducidos.

Los signos clásicos de inflamación pueden apreciarse en la inspección visual, lo que facilita el diagnóstico con la simple exploración del paciente. Para su detección es necesaria la sonda periodontal, que ayuda a estimular el sangrado y a detectar el componente inflamatorio de las bolsas. Además, con la sonda descartaremos la existencia de pérdida de inserción, lo cual nos confirma el diagnóstico de alteración gingival.

Las características que debemos buscar en la encía para el diagnóstico fueron descritas por Mariotti, en 1999.



Figs. 1A y B: Encías clínicamente sanas.

## 2.2.4 CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad infecciosa, transmisible dando como resultado la destrucción progresiva de la estructura del diente

por bacterias patogénicas generadoras de ácido, en presencia del azúcar encontrada en placa o biofilm dental. La infección da lugar a la pérdida mineral del diente que comienza en su superficie más externa y puede progresar de forma centrípeta a través de la dentina hacia la pulpa dental, comprometiendo en última instancia la vitalidad del diente. (Álvarez Páucar, 2010).

La caries dental abarca e infecta a cuatro superficies, estas son: la capa externa, la zona tráfucida, la zona opaca, la zona del cuerpo de la lesión, las cuales enunciaremos respectivamente. (Álvarez Páucar, 2010)

Como decíamos, para que se desarrolle la caries se necesita el factor tiempo, por lo que cuanta más edad tenga un niño, más probabilidades tendrá de presentar caries. No obstante, en la dentición temporal o de leche, puede desarrollarse un tipo de caries particularmente extensa, que afecta prácticamente a todos los incisivos (o paletos) y que suele presentarse en niños alimentados durante largo tiempo con biberón o bien por el uso de chupetes mojados en miel o azúcar (aepap, 2010).

Inicialmente, la lesión se manifiesta como un cambio de color (oscuro o blanquecino) en el esmalte del diente. Cuando la lesión progresa, aparece pérdida de sustancia y socavación del esmalte, lo cual da un aspecto de mancha grisácea. Finalmente, el esmalte se rompe y la lesión se hace fácilmente detectable. Cuando la caries afecta sólo al esmalte, no produce dolor. Si la lesión avanza y llega al tejido interior del diente, es cuando aparece el dolor, que a veces es intenso y se desencadena al tomar bebidas frías o cítricas. A medida que la infección progresa, se produce el paso a los tejidos blandos que rodean el diente, apareciendo el flemón que buscará salida hacia el exterior a través de la encía (aepap, 2010).

## **2.2.5 LA HIGIENE BUCODENTAL EN LA NIÑEZ**

Antes de que erupcionén los primeros dientes, se debe empezar con la estimulación oral para acostumbrar al bebé a la manipulación de la boca e instaurar un hábito precoz. La limpieza debe hacerse una vez al día. Para esta etapa se pueden utilizar dedales de silicona o una gasa humedecida en agua.

Después de que erupcionén los primeros dientes, se debe comenzar con la limpieza bucodental 2 veces al día. Para esta etapa se pueden utilizar dedales de silicona o cepillos dentales infantiles. Después de que erupcionén los primeros molares primarios, alrededor de los 18 meses, se debe optar por el uso del cepillo dental.

El cepillo debe presentar un mango recto y largo, una empuñadura gruesa, cerdas suaves con las puntas redondeadas y un tamaño compatible a la boca del niño. La técnica debe ser sencilla para los padres. Se recomienda limpiar las superficies dentales laterales (linguales y vestibulares) con movimientos circulares y las superficies masticatorias con movimientos anteroposteriores.

La posición del adulto debe permitir una buena visibilidad de la boca, manteniendo la cabeza del niño en una posición estable. (C. Palma, 2010).

### **Pasta dental**

No se recomienda el uso de pasta dental fluorada en niños que no hayan aprendido a escupir (generalmente, menores de 2 años de edad) por el riesgo de una ingestión excesiva de flúor y la consecuente aparición de fluorosis dental en la dentición permanente. Sólo en niños con alto riesgo de caries el odontopediatra valorará la necesidad del uso de pasta dental fluorada a esta edad.

En los niños de 2-3 años de edad que hayan adquirido la coordinación motora suficiente para escupir, se puede utilizar una pasta dental con una concentración de 500 ppm de flúor, en cantidad equivalente a un guisante. En los niños mayores de 6-7 años se puede utilizar una pasta dental con mayor concentración de flúor, ya que los riesgos de fluorosis dental por ingestión sistémica de flúor desaparecen a partir de los 7 años.

### **Hilo dental**

El hilo dental es indispensable para una buena limpieza bucal cuando ya exista contacto entre los dientes, ya que el cepillo no puede acceder a las zonas interproximales. Incluso en niños con buenos hábitos de higiene bucal se observan caries interproximales debido a la permanencia de alimentos entre los dientes<sup>36</sup>. Existen en el mercado diferentes utensilios para ayudar a los padres en esta tarea.

### **Uso de flúor**

El flúor ha demostrado ser una herramienta segura y eficaz en la reducción de caries y en la reversión de desmineralizaciones del esmalte dentario<sup>47</sup>. Según el nivel de riesgo, la edad y la concentración de flúor en el agua de consumo diario, el pediatra decidirá las dosis de flúor sistémico, según las últimas actualizaciones<sup>48</sup>. Asimismo, las decisiones respecto a la administración de flúor tópico deben estar basadas en el riesgo individual de caries; el pediatra y el odontopediatra deben analizar y decidir el tipo de administración de flúor y la frecuencia de su aplicación. (C. Palma, 2010).

## **2.2.6 LA NIÑEZ CON DISCAPACIDAD**

Aproximadamente el 80% de los 200 millones de niños del mundo que, según las estimaciones, sufren discapacidades viven en países en desarrollo; muy pocos de entre ellos reciben una atención sanitaria y una educación adecuadas, y menos de un 2% reciben algún tipo de servicios especiales.

Esta sombría evaluación internacional está basada en una serie de informes que abarcan los cinco continentes. Para comprender estas realidades, basta con visitar un pueblo cualquiera de Asia , Africa, América Latina o el Medio Oriente, o cualquiera de los barrios míseros que circundan las ciudades en esas partes del mundo. En ellos puede uno comprobar que por todas las carreteras y caminos, en cada aglomeración de viviendas, hay niños cuyos impedimentos, y la falta de acceso a los conocimientos y técnicas existentes, constituyen un veto a sus posibilidades de desarrollo personal.

Los valores exactos de estas estimaciones pueden ser más o menos controvertidos, pero la necesidad está ahí, y es real. Es una necesidad agravada por la pobreza y el subdesarrollo, pero también por guerras que son causa de devastación y que entrañan un considerable coste social, económico y emocional para las personas discapacitadas, para sus familias y para la comunidad que las rodea.

La mejora de esta situación requerirá tiempo, pero también, ante todo, un compromiso y una voluntad política de introducir cambios, transformando las actitudes y el comportamiento de los seres humanos, integrando conceptos nuevos en los programas de servicios destinados a las personas, y modificando las estrategias de desarrollo.

Desde una perspectiva más optimista, es demostrable la posibilidad de dispensar muchos de los tipos de asistencia necesaria si se sal) e

utilizar adecuadamente recursos al alcance de muchas de las familias y comunidades de los países en desarrollo.

Una modesta mejora de los programas de formación y de los servicios sanitarios, de asistencia social y de educación básicos que ya existen permitirá beneficiarse de ellos a los niños con discapacidades. Esa mejor utilización de los recursos humanos existentes es, de hecho, la única esperanza de ayuda para los millones de niños que sufren ya o están en peligro de verse afectados por discapacidades.

Consciente de la magnitud de esas necesidades y de la limitación de recursos, teniendo presentes los principios de normalización, integración y participación preconizados por el Programa Mundial de Acción sobre los Discapacitados, los participantes en la Consulta sobre Educación Especial de la UNESCO reconocieron en la educación integrada y en la rehabilitación de base comunitaria dos puntos de vista complementarios para conseguir una educación y formación reales y económicamente eficaces de las personas discapacitadas. Ambos enfoques tienen por objeto beneficiar al mayor número posible de personas discapacitadas y a sus familias, y constituyen dos componentes esenciales de una estrategia mundial en todos los órdenes.

La discrepancia entre necesidades y prestaciones a nivel mundial ha suscitado un reexamen de las estrategias en materia educativa. Gran número de países han respaldado el marco de actuación de la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos, y están ya adoptando medidas para aplicar sus recomendaciones y para, en la medida de lo posible, mejorar los servicios destinados a los niños con necesidades de educación especiales (niños discapacitados) en el contexto de la educación ordinaria.

Este proceso de transformación conseguirá sus mejores logros si puede contar con la iniciativa de los gobiernos, y con la participación de organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales de ámbito internacional, programas bilaterales de ayuda, organismos voluntarios y grupos comunitarios de los países concernientes.

### **2.2.7 EDUCACIÓN PARA NIÑOS CON CAPACIDADES DIFERENTES**

El derecho de todos los niños a la educación se encuentra consagrado en la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y reiterado en muchos planteamientos de políticas nacionales. Lamentablemente, millones de niños no tienen acceso a este derecho. Esto no debilita el derecho ni reduce su relevancia: en realidad, contribuye a hacer más urgente toda acción destinada a asegurar la universalidad de su aplicación.

Los niños discapacitados constituyen un grupo importante para el cual este derecho aún tiene que ser ganado en términos efectivos. Muchos países -y conductores de políticas educacionales aceptan simultáneamente la Declaración que garantiza la educación para todos y excluyen a los niños con discapacidades del servicio educacional. Lo que es, por decir lo menos, ilógico. O bien se acepta la Declaración con su absoluta simplicidad y se incorporan a la educación a todos los niños con cualquier tipo de discapacidad o se modifica la Declaración remendándola para que satisfaga las exigencias de las prácticas vigentes.

Todos los niños tienen derecho a la educación. Una de las tragedias de nuestro tiempo es que son muchos los niños que no reciben educación y no tienen oportunidad de ir a la escuela. Esto se agrava por la escasez de oportunidades educacionales en la adultez.

El fracaso en ofrecer educación a todos los niños corre a parejas con el hambre y la guerra como una de las mayores denuncias que se hacen al presente orden político. También constituye un desafío de importancia para éste. Un mundo que dispone de los recursos económicos y tecnológicos que permiten la comunicación global instantánea, así como poner gente en el espacio, difícilmente puede decir que es imposible educar a todos sus niños.

Este desafío alcanza todo su vigor moral al referirse a los niños con discapacidades. Quienes sufren discapacidades aquellos que tienen la mayor necesidad de educación- son, irónicamente, quienes menos posibilidad de recibirla tienen. Esto es válido tanto para los países desarrollados como para los en desarrollo.

En los países desarrollados muchos niños con discapacidades son excluidos formalmente del sistema educativo o bien reciben dentro de éste un tratamiento menos favorable que los otros alumnos, en tanto que en muchos países en desarrollo la lucha por impulsar la educación obligatoria para la mayoría de los niños precede a la de satisfacer las necesidades educativas especiales de quienes enfrentan discapacidades.

La severa realidad que subyace en estas cifras es que la gran mayoría de niños y de jóvenes con discapacidades no recibe una atención apropiada, si es que en verdad se les ofrece alguna. En muchos países, menos de un niño entre cien recibe la oferta de educación especial que necesita.

La UNESCO ha tenido desde comienzos de la década de los años 70 un compromiso serio para mejorar la entrega de educación especial en todo el mundo. En 1971 publicó su primer estudio respecto a la situación de la educación especial, trabajo que fue puesto al día a fines de la década de los ochenta. (UNESCO, 2011)

### **2.3 VARIABLES SDE INVESTIGACION:**

**V. Independiente:** Prevalencia de enfermedad Gingival y Periodontal

**V. Dependiente:** Alumnos con capacidades diferentes de la Escuela Fiscal Floresta de la ciudad de Guayaquil durante el periodo 2013”

### **3. MATERIALES Y MÉTODO**

La población está conformada por 329 alumnos con capacidades diferentes de la escuela fiscal floresta de Guayaquil durante el periodo 2013, mismos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

Ser niños con alumnos con capacidades diferente una edad comprendida entre 5 y 14 años de edad.

Tener previo consentimiento de sus padres y/o representantes de los niños que participan en el estudio.

Se realizó una investigación epidemiológica, descriptiva y transversal. A todos los padres y/o representantes se les explicó el objetivo de la investigación y posteriormente firmaron el consentimiento informado.

Las evaluaciones clínicas fueron realizadas por dos odontólogas previamente calibradas en el manejo de los Índices de acuerdo a los objetivos planteados.

Los niños fueron examinados bajo luz natural, usando sondas periodontales y baja lenguas. Para conocer el estado de salud bucodental se aplicaron los índices según metodología descrita por la Organización Mundial de la Salud: y Tratamiento Necesario para conocer estado de la dentición primaria y permanente,

Para la recolección de los datos se utilizó la Encuesta Básica de Salud Bucodental establecida por la OMS.

En él se realizó un análisis estadístico descriptivo de todas las variables estudiadas para determinar la frecuencia de las mismas y

con esto lograr conocer el estado de salud bucodental de la población.

### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Según el problema y el objetivo, la presente investigación es un estudio de tipo transversal, descriptivo.

### **3.2 UNIVERSO**

La muestra la constituyen 329 de los cuales se atendieron 150 estudiantes de la escuela la Floresta de la Ciudad d Guayaquil, periodo 2013.

### **3.3 CRITERIOS DE INCLUSION**

El total de alumnos de la escuela

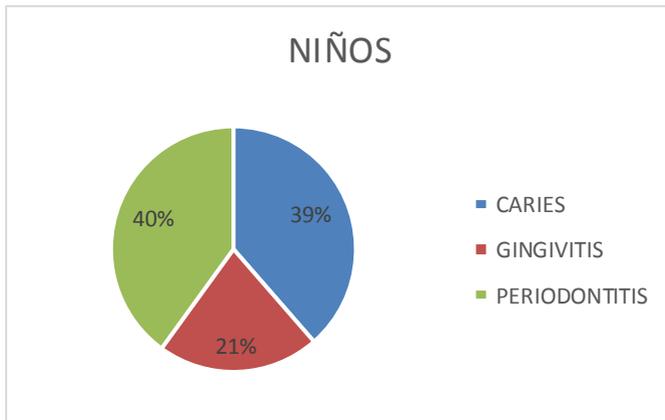
Historias clínicas

### **3.4 FACTIBILIDAD Y RECURSOS PARA LA EJECUCION**

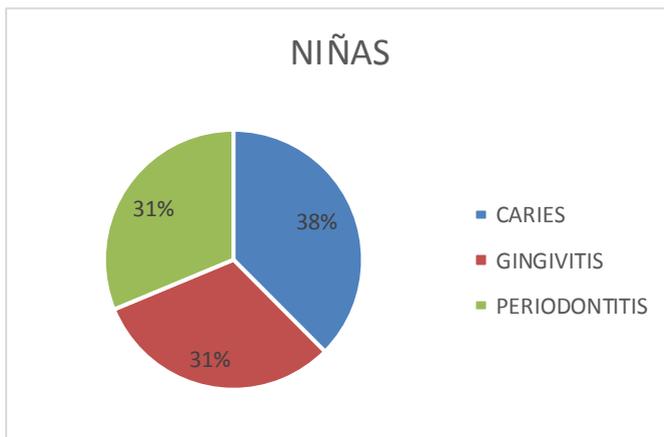
La presente propuesta es factible ya que se cuenta con el apoyo de las Autoridades de la Escuela. Además los recursos económicos los asume la Autora de la propuesta de investigación.

### **3.5 APLICACIÓN PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS**

En la presente investigación se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo y transversal, donde se examinaron a los diferentes niños de la escuela de los 329 alumnos se escogió una muestra de 150 alumnos de los cuales presentaron los siguientes resultados.



En 70 niños se encontraron los siguientes resultados que 39% presentaron caries dentales, que el 21% gingivitis y el 40% periodontitis.



De 80 niñas se encontraron los siguientes resultados un 36% presentaron caries, un 30% gingivitis y un 34% periodontitis.

### **3.6 DISCUSIÓN**

La higiene bucodental constituye un factor muy importante para los niños de capacidades especiales para prevenir enfermedades a futuras

Su importancia radica en que con ayuda de los padres se les pueda dar una prevención más efectiva a nivel dentario y no solo cuando el problema haya avanzado.

Se debe tomar en cuenta que los niños con esas dificultades deben ser atendidos por profesionales capacitados para dar una mejor atención y evitar ciertas iatrogenias.

Los cuidados que los niños con esas características deben de tener debe ser el doble de los niños sin esa clase de problemas por motivo que por medicación, y por su misma enfermedad están propensos a adquirirlas

## 4. PROPUESTA EDUCATIVA

### **ACTIVIDADES:**

Estas actividades se implementan para impulsar una cultura de salud bucal, modificando Actitudes, hábitos y cambios de comportamiento individual, grupal y familiar

Comunicación interpersonal, charlas, demostraciones, videos, socio dramas y prácticas para el autocuidado de la salud bucal.

Enseñar la importancia de la salud bucal como parte de la salud integral de individuo.

Informar sobre las patologías más frecuentes de la cavidad bucal, sus riesgos, su prevención y control

Lineamientos básicos de cuidados preventivos por grupos de edad.  
Coordinar para la implementación del programa de limitación de ingesta de alimentos azucarados en el entorno escolar.

**OBJETIVO:** Implementar un consultorio odontológico para que en la escuela haya un odontólogo de planta.

**JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA.-** Estos grupos humanos por sus limitaciones mentales y/o físicas, requieren cuidados especiales para lograr que su reinserción en la sociedad sea con criterio de bienestar integral, donde el estado de salud debe tener un valor importante. ( Benavente Lipa, 2007)

La situación de los pacientes discapacitados y/o especiales en lo que se refiere a su salud física y rehabilitación, puede considerarse como cubierta por todos los servicios y programas desarrollados

con ese fin por la medicina. No puede decirse lo mismo en lo que se refiere a la salud, la rehabilitación bucodental y la participación de la odontología y estomatología en la prevención y conservación de esta. ( Tan Castañeda & Rodríguez Calzadilla, 2001)

Se debe considerar que el desconocimiento de los problemas bucodentales de los pacientes especiales, asociados a sus propias reacciones emocionales y las de sus familiares, patologías, así como las propias reacciones del profesional, van a crear con toda seguridad la mayor barrera para acceder a las posibilidades de su atención. Se deben agregar a estos factores la coexistencia de inconvenientes psicosociales que agravan el cuadro general de salud de estos pacientes y de su comprensión para que la profesión odontológica y estomatológica pueda darle soluciones. ( Tan Castañeda & Rodríguez Calzadilla, 2001)

La enfermedad bucodental y su tratamiento presentan varios problemas en este grupo de niños. Primero la sepsis como secuelas de caries dentarias, o la infección de los tejidos gingivales o periodontal, puede constituir un peligro. Segundo, los procedimientos dentales como el tratamiento conservador o endodóntico pueden acarrear un serio riesgo, y tercero, cualquier forma de cirugía puede crear problemas. ( Tan Castañeda & Rodríguez Calzadilla, 2001).

**ESPECIFICACIONES.** Tratar que el odontólogo de planta pueda solucionar la mayoría de los problemas bucodentales con ayuda de los padres y maestras para evitar problemas mayores.

## **5. CONCLUSIONES**

Los niños con capacidades especiales deben ser tratados con más cuidado y con más atención que un niño sano.

Los problemas periodontales son muy frecuentes en niños que en niñas que presentan alguna discapacidad.

La promoción de salud en la Escuela es muy baja ya que los maestros o padres no están capacitados para alguna emergencia dental que se presente.

De acuerdo a la discapacidad que presente el niño el protocolo de manejo es distinto.

La higiene bucal en estos niños es muy fundamental ya que por el consumo de distintos medicamentos o por falta de interés de los padres son muy propensos a adquirir algún problema patológico.

## **6. RECOMENDACIONES**

De acuerdo a la discapacidad debe la escuela de tener no solo un odontólogo de planta sino un equipo de salud que este a la expectativa de cualquier problema que se presente.

Se debe hacer charlas periódicas a los padres y maestros para que estén prevenidos si se presentara alguna anomalía en los niños.

Los niños con capacidades especiales deben visitar al odontólogo tres veces en el año porque los problemas dentales son mayores.

Estar en contacto con el médico tratante del niño por algún problema externo.

## Bibliografía

(s.f.). Obtenido de

<https://www.deltadentalva.com/uploadedFiles/OralHealthandWellness/OralHealthBrochureSpanish.pdf>

Benavente Lipa, L. (2007). *Influencia de salud bucal en niños con retraso mental*. Obtenido de

<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/2980>

Ganem, I. (12 de diciembre de 2011). *Odontología para Niños Especiales*.

Obtenido de <http://dentalcare.com/media/en-US/education/ce6386/ce6386.pdf>

Gispert , A. (2012). Personas con necesidades especiales. *Rev Cubana Estomatología*, 48(1).

Tan Castañeda, D., & Rodríguez Calzadilla, D. (20 de JULIO de 2001).

*Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral*. Recuperado el ENERO de 2015, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072001000300006&script=sci\\_arttext#cargo](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072001000300006&script=sci_arttext#cargo)

aepap. (2010). *CARIES DENTAL*. Obtenido de

<http://www.aepap.org/pdf/caries.pdf>

Álvarez Páucar. (2010). *Técnica de Restauración Atraumática*.

Recuperado el 2015, de

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/monografias/alumnos/flores\\_rj.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/monografias/alumnos/flores_rj.pdf)

Azuero Palta, W. (2011). *PROTOCOLO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA Y LA SALUD BUCAL EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN*".

Recuperado el 2015, de

file:///D:/Odontolog%C3%ADa/Downloads/TUAODONT003-2011.desbloqueado.pdf

Balears, U. d. (2011).

Benavente. (2007). Influencia del Nivel de Educación Sanitaria de los Padres o Apoderados en el Estado de Salud e Higiene Bucal del Niño con Retardo Mental. *Odontol Sanmarquina. Acta odontologica venezolana*, 10 (2):3-7.

C. Palma, A. C. (2010). *Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida*. Obtenido de <http://www.odontologiaparabebes.com/pdf/Guia%20para%20la%20salud%20bucal.pdf>

Cardozo, B. J., Encinas, V. R., Esquivel, C. V., Miqueri, A. G., & Vera, M. A. (2005). *Impacto de la Prevención en la disminución de Enfermedades Gingivales, de los diferentes grupos etareos que concurren a la Cátedra Práctica Clínica Preventiva II, en el año 2004*. Obtenido de <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-049.pdf>

Castañeda N, R. ., (2012). Pacientes especiales y la práctica estomatológica. *POFSA TO - medigraphic.com*, 38(3).

Cordano V., G. (2004). La atención estomatológica de las personas con necesidades. *Odontología ejercicio profesional*.

- García Flores, K., Suárez Zafra, D., & De la Huerta Flores, K. (2013). *Panorámica de la atención estomatológica a pacientes discapacitados o especiales*. Obtenido de <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/rt/printerFriendly/590/html>
- Gispert, A. ( 2012). Personas con necesidades especiales. *Revista Cubana*, 48(1).
- Matesanz-Pérez , Matos-Cruz, & Bascones-Martínez. (2008). *Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura*. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852008000100002&script=sci\\_arttext&tIng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852008000100002&script=sci_arttext&tIng=en)
- MSP. (2009). *PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL 2015*. Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>
- OralHealthBrochureSpanish. (2012). *ES HORA DE DIFUNDIR LA SALUD ORAL*. Obtenido de <https://www.deltadentalva.com/uploadedFiles/OralHealthandWellness/OralHealthBrochureSpanish.pdf>
- Ravaglia. (1997). El problema de la salud buco-dental en los pacientes discapacitados. *Fola Oral.*, 3(9).
- Rodríguez, T. N. (2001). Correspondencia sobre la Formación Académica del Estomatólogo en Relación a la Atención de Pacientes Especiales y la práctica estomatológica integral. *Rev. Cubana Estomatol*, 38(3):181-91.

- Rosales C., D. (2013). *Higiene bucal en personas en situación de discapacidad*. Obtenido de file:///D:/Odontolog%C3%ADa/Downloads/Guia%20Higiene%20Bucal%20para%20Personas%20en%20Situaci%C3%B3n%20de%20Discapacidad.pdf
- Salaza, C. P. (2008). Actitud del odontólogo hacia los niños y adolescentes. *Acta odontologica venezolana*, 43(3).
- Serrano, M., Torrelles, A., & Simancas P, Y. (Enero de 2012). *ESTADO DE SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL*. Obtenido de <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/3/art5.asp>
- UNESCO. (2011). *Educación para niños con discapacidades*.
- Valdés Herrera , M. (2008). Pacientes discapacitados. *Instituto Superior de Ciencias*.