

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CAVIDAD ORAL EN LOS NIÑOS, JÒVENES Y
ADULTOS CON DISCAPACIDAD COGNITIVA DE LA FUNDACIÓN HOGAR
REFUGIO DE AMOR DEL MUNICIPIO DE BARBOSA ANTIOQUIA.

AUTORES:

DIANA CAROLINA MEJÍA CAÑAS.

LAURA VANESSA MOLINA MENESES.

LINA MARIA FERIA HOLGUÍN.

LUISA FERNANDA MARÍN GARCÍA.

ASESOR (A): LINA MARÍA ALZATE MESA.

POLITÉCNICO INTERNACIONAL

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS SECCIONAL BELLO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

TÉCNICA PROFESIONAL EN SALUD ORAL

BELLO-ANTIOQUIA

2014

Estudio Comparativo de la Cavidad Oral en los Niños, Jóvenes y Adultos con
Discapacidad Cognitiva de la Fundación Hogar Refugio de Amor del Municipio de
Barbosa Antioquia.

Autores:

Diana Carolina Mejía Cañas.

Laura Vanessa Molina Meneses.

Lina María Feria Holguín.

Luisa Fernanda Marín García.

Asesor (a): Lina María Álzate Mesa.

Trabajo de Grado para Optar al Título de Técnico Profesional en Salud Oral

Politécnico Internacional

Corporación Universitaria Minuto de Dios Seccional Bello

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Técnica Profesional en Salud Oral

Bello-Antioquia

2014

NOTA DE ACEPTACIÓN

Estudio Comparativo de la Cavidad Oral en los Niños, Jóvenes y Adultos con Discapacidad Cognitiva de la Fundación Hogar Refugio de Amor del Municipio de Barbosa Antioquia.

De los autores: Diana Carolina Mejía Cañas, Laura Vanessa Molina Meneses, Lina María Feria Holguín, Luisa Fernanda Marín García, cumple con los requisitos para optar al título de Técnico Profesional en Salud Oral.

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO 1

JURADO 2

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la docente Lina María Álzate Meza por su valiosa orientación y acompañamiento durante todo este proceso, a la Fundación Hogar Refugio de Amor del municipio de Barbosa Antioquia por abrirnos sus puertas y permitirnos compartir con ellos y realizar las actividades para este proyecto, al docente Oscar Pulgarin por la colaboración con sus conocimientos como odontólogo y a todos y cada uno de los demás docentes que contribuyeron en nuestra formación como Técnicos Profesionales en Salud Oral.

DEDICATORÍA

A esa hermosa mujer que es mi orgullo y ejemplo de vida, que siempre me apoya en todo aquello que decido emprender, que está dispuesta a hacer todo por mi bienestar, a quien le debo todo cuanto soy... mi MADRE.

Lina María Feria Holguín.

Con mi mayor esfuerzo, cariño y amor hoy devuelvo una pequeña parte de lo que me brindaron unas personas importantes en mi vida, las cuales permitieron que hoy subiera un escalón mas en mi formación académica... Gracias a MIS PADRES Y ESPOSO.

Diana Carolina Mejía Cañas.

Principalmente dedico este proyecto a mis padres puesto que con su apoyo incondicional desde el inicio de mi carrera logre culminarla exitosamente, también va dedicado a DIOS ya que siempre ha sido una fuente inspiradora de paciencia y tranquilidad.

Laura Molina Meneses.

Dedicado a todas esas personas que me apoyaron en la realización de este proyecto y en función de mi profesión, padres, amigos y seres de luz.

Luisa Fernanda Marín García.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
2. FORMULACIÓN	4
3. OBJETIVOS	4
3.1 OBJETIVO GENERAL	4
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
4. JUSTIFICACIÓN	5
5. MARCO TEÓRICO	6
5.1 DISCAPACIDAD COGNITIVA	6
5.2 RETRAZO MENTAL	6
5.3 DISCAPACIDAD INTELECTUAL	6
5.4 DISCAPACIDAD COGNITIVA	7
6. DIVISIÓN DE LA DISCAPACIDAD	8
6.1 DISCAPACIDAD COGNITIVA LEVE	8
6.2 DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA	8
6.3 DISCAPACIDAD COGNITIVA SEVERA	9

7. COMO SE VE AFECTADA LA MOTRICIDAD	9
7.1 DEFICIENCIAS A NIVEL MANDIBULAR	9
7.2 DEFICIENCIAS A NIVEL PROPIOCEPTIVO	10
8. AUTISMO	10
9. SINDROME DE DOWN	11
10. MANIFESTACIONES ORALES	12
10.1. RETRAZO MENTAL	14
10.2 SINDROME DE DOWN	15
10.3 AUTISMO	17
11. IMPORTANCIA DE LA SALUD E HIGIENE ORAL	17
12. POBLACIÓN	18
13. NECESIDAD DE LA INTERVENCIÓN	18
14. DISEÑO METODOLÓGICO	19
15. RESULTADOS	20
16. ANÁLISIS	36
17. CONCLUSIONES	37
18. RECOMENDACIONES	38

19. REFERENTE BIBLIOGRAFICO	39
20. ANEXOS	41
20.1 FOTOGRAFIAS	41
20.2 HISTORIA CLINICA	51

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Salazar, C. (2000) dice que la discapacidad cognitiva abarca una gran serie de síntomas y manifestaciones de diferentes tipos, como comportamental, adaptativo y de desempeño. La psicología, la neurobiología y las ciencias del comportamiento han realizado una labor durante años para identificar componentes que den características claras en el cuadro clínico de una discapacidad.

Una discapacidad cognitiva es caracterizada por limitaciones significativas tanto en el comportamiento intelectual, como en conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina con anterioridad a los 18 años.

Según Carmenza Salazar la forma como denominamos a las personas con discapacidad cognitiva, da vida, de forma inconsciente, a ciertos mitos existentes en torno a ellas, por ejemplo que son eternos niños incapaces de aprender y libidinosos.

El que sean eternos niños es por causa de la sociedad, padres, cuidadores e incluso docentes, ya que se genera en ellos un lazo de dependencia para sus actividades cotidianas, nos escudamos en su discapacidad para no ponerles límites, ser permisivos y justificar sus acciones o comportamientos no apropiados; si por el contrario, se les dan pequeñas responsabilidades y estas se hacen más propias e incrementan según la edad, con el paso del tiempo no tendríamos porque sorprendernos por sus comportamientos no acordes con la edad, haciendo de ellos personitas incapaces y dependientes, sino, que por el contrario debemos lograr en ellos autonomía e independencia.

La teoría acá planteada es interesante, puesto que nos lleva a fundamentar el poder llevarlos a un cuidado autónomo de su cavidad oral ya que el hecho de que tengan algún tipo de discapacidad cognitiva no los hace incapaz de entender la importancia de tener una buena higiene oral.

Ahora bien la etiqueta Incapaces de aprender es inapropiada ya que el hecho de que tengan un grado de discapacidad no quiere decir que su pensamiento y conocimientos no evolucionen, es solo que es más lento, y depende de quienes estén a su alrededor o a cargo de su aprendizaje que tantos retos les pongan para avanzar en sus conocimientos, es por ello que surge la necesidad de implementar actividades que les exijan un poco más a su nivel cognitivo y no quedarse en actividades simples como colorear, recorte de papel, y tareas simples, sino ponerle metas y estimularlos a alcanzarlas ya que estamos en una sociedad que va en busca de la inclusión y el hecho de tener discapacidad cognitiva no significa que sean incapaz de aprender.

Es de anotar que así como nos escudamos en su discapacidad para aprobar sus acciones inapropiadas, también lo hacemos para justificar el deterioro en su salud bucodental y se nos olvida que en esta tarea si es de suma importancia hacer énfasis en el grado de discapacidad que posea el individuo ya que de este depende que tanto se vea afectada su cavidad oral, entrando a jugar un papel importante algunos medicamentos, malformaciones dentales y que su capacidad de apropiación en este aspecto no es mucha o la más adecuada ya que requiere de un mayor cuidado por parte de quien esté a cargo de él o ella.

En cuanto a la evolución de las discapacidades, su impacto en la cavidad oral y sumado el no tener una guía apropiada para la higiene oral conlleva a generar; abundante placa bacteriana, Hipoplasias (defectos) en el esmalte dental, mayor índice de caries. Enfermedades gingivales (encías) y periodontales (hueso).

Para corroborar la teoría anteriormente planteada, Pirela, *D. (1999)*. Dice que:

La patología bucal prevalece en niños con síndrome de down, Sordera, Ceguera, Autismo y Trastornos Motores es muy variada. Se determinó que la caries dental, la gingivitis, maloclusión, queilitis y hábitos bucales perjudiciales como bruxismo, son patologías que afectan a la generalidad de los individuos con discapacidad.

Razón por la cual se ve la necesidad de que hayan instituciones o entidades que se enfoquen en esta área tan vital de la población en general con discapacidad cognitiva, educando tanto a los individuos con la discapacidad, como a sus docentes y padres de familia quienes juegan un papel importante como factores influyentes en este aspecto como en muchos otros.

Es por eso que cuando se refiere a la población con discapacidad cognitiva en una sociedad incluyente, es de anotar que no solo está en resaltar sus capacidades y habilidades deportivas y artísticas, sino también, la importancia de su salud bucodental creando estrategias para motivar y lograr captar su interés en hábitos de higiene oral adecuados teniendo en cuenta su nivel cognitivo, éstas estrategias deben ser aplicadas en conjunto con padres, acompañantes y personal idóneo en el área ya que esta discapacidad los hace más propensos a sufrir ciertas patologías dentales, sumándole a esto posibles maloclusiones y problemas de bruxismo.

FORMULACIÓN

¿Cuáles son las manifestaciones orales de la discapacidad cognitiva en niños, adolescentes y adultos de la fundación HOGAR REFUGIO DE AMOR del Municipio de Barbosa Antioquia?

OBJETIVO GENERAL

Identificar las manifestaciones orales de la discapacidad cognitiva de los niños, adolescentes y adultos de la fundación HOGAR REFUGIO DE AMOR del Municipio de Barbosa Antioquia a través de la observación de la cavidad oral de la población con la finalidad de comparar las patologías orales y así poder capacitar en salud oral a las personas a cargo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar las manifestaciones orales de la población
- Determinar las manifestaciones orales a partir de la discapacidad cognitiva y particularizar por niños, jóvenes y adultos.

JUSTIFICACIÓN

La idea de este proyecto es intervenir un pequeño grupo de niños, jóvenes y adultos con discapacidad cognitiva y su estado de salud bucodental con el fin de generar estrategias de cuidado para que las personas a cargo de ellos se apropien de éstas, para así lograr un hábito correcto sobre el cuidado de la cavidad oral de éstos niños, ya que es una población donde su discapacidad los priva de recibir acciones pertinentes de promoción y prevención sobre el cuidado de la salud bucodental o las empleadas no son las adecuadas para la población a la cual se dirige, es decir, son incomprendidas por el individuo debido a su nivel cognitivo. También estará encaminado a despertar más el interés de los acompañantes de éstos niños, en cuanto a la integridad física y moral que ellos requieren, basándonos en un trabajo en conjunto con padres, acompañantes y personal idóneo en el campo de la salud oral, siendo de suma importancia la participación de todos, ya que así se lograría implementar mas estrategias de motivación, identificando el potencial y las habilidades que cada niño desarrolla, sin olvidar analizar el contexto social, económico y familiar en que cada uno se desenvuelve.

Al analizar la salud bucodental de esta población Hogar Refugio de Amor se busca incluir al individuo como tal, docentes y padres como mediadores de saberes de higiene oral que llevan a la prevención de las enfermedades bucodentales más frecuentes en esta población como lo es la caries, gingivitis y la enfermedad periodontal. Una vez teniendo el grado de conocimiento y aplicabilidad que poseen pasamos a mirar las estrategias a utilizar para lograr en los acompañantes motivación y conciencia sobre el cuidado de éste tipo de población, no solo de su discapacidad cognitiva sino también de su cuidado bucodental.

MARCO TEÓRICO

DISCAPACIDAD COGNITIVA

Según Correa (2003) la discapacidad cognitiva se define o caracteriza por diferentes categorías, teniendo en primer lugar:

RETRAZO MENTAL

“Discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, manifiesta en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Evolucionando al concepto de:

DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Limitación en la “competencia general (o personal)”, con lo que se refiere a un bagaje de dificultad en el individuo, para desarrollar y ejercer las capacidades o conductas que le son necesarias a fin de “adaptarse con éxito a cualquier contexto del entorno”; incluyendo también:

DISCAPACIDAD COGNITIVA:

Disposición funcional específica en procesos cognitivos, habilidades de procesamiento y estilos de pensamiento, que determinan el desempeño y el aprendizaje de una persona, fundamentándose en:

- La teoría de procesamiento de la Información

- Modelos de gradación cognitiva
- Modelo cognitivo – comportamental
- Teoría de modificabilidad estructural
Cognitiva.

Lo que implica:

- Mayor especificidad en el diseño y aplicación de estrategias pedagógicas
- Posibilidades de evaluación del potencial de aprendizaje
- Mejoramiento en el desempeño general por aprendizaje autorregulado.

DIVISIÓN DE DISCAPACIDAD COGNITIVA

DISCAPACIDAD COGNITIVA LEVE

La discapacidad mental o cognitiva, resultante de la interacción de factores personales, ambientales, los niveles de apoyo, las expectativas puestas en las personas. Llamado también debilidad mental, subnormalidad mental leve. Se considera en un coeficiente intelectual (C.I) de 50 a 69 corresponde a una discapacidad mental leve. Son personas que adquieren tarde el lenguaje, aunque son capaces de mantener una conversación y, por lo tanto, de expresarse en la vida cotidiana. Una gran parte llega a alcanzar una independencia para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse y controlar los esfínteres). Ramirez, J. (2012)

DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA

Los niños con retardo mental moderado pueden beneficiarse de los tratamientos para la adquisición de los hábitos. Llegan a hablar y aprender a comunicarse de formas diversas, aunque les es difícil expresarse con palabras y utilizar formulaciones verbales correctas. Su vocabulario es limitado, pobre y escaso; pero en ocasiones, cuando el ambiente es suficientemente acogedor y sugerente, el niño puede ampliar sus conocimientos de lenguaje y expresión hasta extremos realmente sorprendentes.

La estimulación ambiental que recibe, especialmente durante el primer tiempo de vida, le posibilitará una evolución más o menos favorable.

DISCAPACIDAD COGNITIVA SEVERA

Este retardo se evidencia en las primeras semanas de vida, aunque los niños afectados no presentan características morfológicas especiales. Su desarrollo físico es generalmente normal en peso y estatura. La mayoría de ellos tiene dificultades en la coordinación de los movimientos, con defectuoso control de la respiración y de los órganos de la fonación. Consiguen hablar pero no pueden desarrollar su lenguaje escrito. Becchi, M. (2009)

COMO SE VE AFECTADA LA MOTRICIDAD

Las principales causas de los problemas motores se deben a serias deficiencias a nivel vestibular y propioceptivo.

LAS DEFICIENCIAS A NIVEL VESTÍBULAR SE MANIFIESTAN EN:

Mala coordinación de la sensación de movimientos.

Control postural pobre.

Inseguridad gravitatoria.

Problemas espaciales.

Deficiencias en el equilibrio.

LAS DEFICIENCIAS A NIVEL PROPIOCEPTIVO:

Torpeza motriz

Dificultad para mantener la cabeza y el cuerpo erguidos.

Dificultad para realizar actividades coordinadas con las dos manos y manejar herramientas.

Falta de concentración.

Falta de conciencia de los movimientos.

Autoestimulación, hasta llegar al punto de la autolesión.

AUTISMO

Entendemos por autismo toda deficiencia del desarrollo, de naturaleza neurológica, y que involucra alteraciones en las interacciones sociales recíprocas y de comunicación verbal y no verbal del individuo, implicando a su vez comportamientos estereotipados y restrictivos.

El autismo es un trastorno del desarrollo que persiste a lo largo de toda la vida, dando lugar a diferentes grados de alteración del lenguaje y la comunicación de las competencias sociales y de la imaginación. Los síntomas del autismo usualmente aparecen durante los tres primeros años de la niñez y continúan durante toda la vida. Se caracteriza por presentar: Interacción social limitada, problemas con la

comunicación verbal y no verbal, dificultad en el desarrollo de la imaginación y actividades e intereses limitados o poco usuales. Chardovoin, A. (2003) P. 71-75

SÍNDROME DE DOWN

Es una de las causas genéticas más comunes de retraso mental o de desarrollo. Esto significa que es causado por un problema relacionado con los cromosomas, donde están situados los genes que hacen que cada persona sea única. Generalmente, las personas con síndrome de Down sufren retraso mental de leve a moderado. Algunas tienen un retraso de desarrollo y otras tienen un retraso grave. Son propensos a padecer determinados problemas de salud, es más probable que contraigan infecciones, como algunas enfermedades respiratorias, cuando padecen infecciones suelen tardar más en curarse; también pueden tener problemas de oído o digestivos como el estreñimiento. Algunos bebés con síndrome de Down tienen problemas de estómago que impiden la adecuada digestión de los alimentos. (Fundación Carol (1998-2008), Pág. 1)

La discapacidad cognitiva hace referencia a limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto a limitaciones en dos a más de las siguientes áreas de habilidades adaptación: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo. Luckasson. (1992) pág 1

Allen (1985) definió la discapacidad cognitiva como una “restricción fisiológica o biomecánica de la capacidad de procesamiento de la información en el cerebro, que produce limitaciones observables y medibles en las conductas de las tareas rutinarias”. Ha desarrollado una teoría que se centra fundamentalmente en las inhabilidades cognitivas para desempeñar las actividades de la vida diaria, en el que una limitación en la capacidad para procesar la información, afecta notoriamente el rendimiento del individuo.

Según esta autora, la discapacidad está causada por una situación médica que restringe la manera de funcionar del cerebro, siendo visible cuando algo anormal ocurre y puede ser detectado, en consecuencia la ejecución de la actividad puede resultar peligrosa, por lo que se requerirá de la intervención del terapeuta para asistir en la protección y seguridad del individuo.

MANIFESTACIONES ORALES

Los pacientes en condición de discapacidad requieren de cuidados especiales para realizar su higiene de acuerdo a su edad, cooperación, nivel de inhabilidad y compromiso sistémico, de lo contrario pueden desarrollar fácilmente enfermedades orales las cuales producen dolor, disfunción, incomodidad y la necesidad de tratamientos costosos, largos y de dudable pronóstico, Así mismo el mal estado de la salud oral es un factor de comorbilidad cuando se asocia con enfermedad sistémica existente.

Estudios realizados en personas con retardo mental describen cambios y manifestaciones orales frecuentes como: pigmentaciones, gingivitis crónica generalizada, cálculos, enfermedad periodontal severa, pérdida ósea y pérdida prematura de dientes, aumentando su incidencia y severidad por el difícil acceso a los servicios de salud de este grupo de personas. (*Marulanda J, Betancur J, Espinosa S, Gómez J, Tapias A. (2011).*)

Los factores genéticos, el crecimiento de la mandíbula, la acción muscular y los medicamentos pueden retrasar y determinar cuando los dientes van a salir por primera vez. Este proceso puede atrasarse, acelerarse o ser inconstante. A algunos niños los primeros dientes deciduos le erupcionan a los dos años de edad.

Es común que en los niños con discapacidad tengan caries. Además de problemas con la dieta y la higiene bucal, la alimentación prolongada del biberón y los efectos secundarios adversos de ciertos medicamentos contribuyen a la caries dental.

Las enfermedades periodontales ocurren más a menudo y a una edad más temprana en niños con discapacidad. El crecimiento de las encías por el uso de medicamentos para las convulsiones, la presión alta y los sistemas inmunológicos débiles, también pueden contribuir al desarrollo de la caries dental.

La oclusión defectuosa ocurre en muchos niños con problemas de discapacidad, esto puede estar relacionado con las anomalías musculares. Tarda la erupción de la dentición decidua y afecta el desarrollo de la mandíbula, además la no alineación de los dientes aumenta el riesgo de enfermedades periodontales, caries y traumatismos.

Entre los hábitos más comunes tenemos: bruxismo, acumulación de alimentos en la boca, respiración oral, sacar la lengua, tocarse las encías o morderse los labios.

Las anomalías de los dientes afectan a muchos de los niños con discapacidad, estas anomalías pueden variar en la cantidad, tamaño y forma de los dientes.

RETRASO MENTAL

Hay mayor prevalencia de caries en estos pacientes debido a varios factores: mala higiene oral, el cepillado es un acto que requiere mucha habilidad, y estos pacientes no van a ser capaces de realizarla de la forma adecuada por lo que el cepillado será en la mayoría de los casos asistido. Es frecuente encontrar que toman dietas blandas y azucaradas, muchos presentan también alteraciones en la motricidad oro-facial por lo que es más fácil y más rápido dar dieta blanda que fomentar la masticación, lo que favorece que la aumente el riesgo de caries. Además estas dietas blandas se suelen acompañar de un aumento de hidratos de carbono que también contribuyen a que aumente

Ese índice de caries. Las malposiciones dentarias favorecen la retención de la placa bacteriana y eso va en detrimento de poder realizar una buena higiene oral, la falta de autoclisis favorece la permanencia de placa más tiempo en boca y la presencia de hábitos como el pouching, retener comida en los carrillos, regurgitada o no, o el fenómeno de la rumiación, en la que la comida es masticada y regurgitada regularmente, favorecen la presencia de ácidos en la boca que van descalcificando los dientes y provocando caries.

También presentan un mayor índice de enfermedad periodontal debido principalmente a la mala higiene que presentan. También son frecuentes las maloclusiones y en menor medida las autolesiones, tanto de los tejidos orales como del resto del cuerpo. Dependiendo del grado de retraso mental podremos de una manera u otra hacernos entender para trabajar con ellos en clínica, si no, siempre podemos ayudarnos empleando otras herramientas como la sedación, que dependiendo de a que nivel colabore el paciente lo necesitaremos más o menos operativo. Artículo: Manejo odontológico general del paciente con discapacidad psíquica, Pág. 2-3

La caries es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente como consecuencia de los ácidos generados por la placa bacteriana y por ser multifactorial se presenta en cualquier paciente que no tenga un buen hábito de higiene, siendo un potencial mayor aquel paciente que presente una discapacidad puesto que como lo plantea el artículo anteriormente citado su alimentación, maloclusiones o apiñamientos y dificultad para una correcta higiene los hace más propensos a padecer ésta enfermedad, que de no ser tratada a tiempo puede terminar en enfermedad periodontal, razón por la cual según su grado de discapacidad requiere de ser guiados en el cepillados para lograr así una buena higiene.

“Se ha demostrado que la caries dental es una enfermedad de alta prevalencia en esta población y está relacionada con la severidad de la discapacidad, pues los pacientes con la discapacidad leve generalmente presentan porcentajes más bajos de caries dental cuando se compara con lo que presentan discapacidades moderadas y severas, los cuales presentan índices de caries superiores”. (Marulanda J, et al. (2011).

SINDROME DE DOWN:

Las manifestaciones bucales de este síndrome incluyen: lengua fisurada, macroglosia, protusión de la lengua, úvula bífida, la erupción de los dientes primarios y permanentes se retrasa en un 75% de los casos. Son frecuentes anomalías de los dientes, incluyendo corona y raíz, hipocalcificación del esmalte, prognatismo relativo y respiración bucal.

Tratamiento y pronóstico: el tratamiento odontológico se centra en prevenir las caries y enfermedades periodontal. Los niños con alto nivel de desempeño pueden ser candidatos a intervención ortodoncia y cirugía maxilofacial (Moret, Y. (2004)

Pág. 1

En cuanto a esta teoría puede decirse que los niños que presentan síndrome de down están muy propensos a que su dentición decidua y permanente se vea retrasada, seguido de una anomalía en el desarrollo de ésta. Su tratamiento odontológico puede llevarse adecuadamente una vez que se tomen las medidas necesarias.

A nivel intraoral suelen presentar un maxilar poco desarrollado, paladar ojival y un tamaño mandibular normal. Las microdoncias son frecuentes entre un 30-50%, en ambas. Denticiones, los dientes presentan coronas pequeñas y raíces cortas y fusionadas. También son frecuentes las hipoplasias de esmalte y las alteraciones en el número de los dientes, el 60% de los afectados muestra agenesias, de los mismos dientes que en la población normal incisivos laterales superiores y segundos premolares inferiores. Pueden presentar supernumerarios en un 6 % de los afectados. El bruxismo también es frecuente, no sabiendo exactamente que es lo que lo provoca.

Dentro de las maloclusiones los pacientes con S.D se caracterizan por presentar en mayor porcentaje clase III con mordida cruzada anterior, la causa es la falta de desarrollo del tercio medio de la cara que favorece un maxilar hipoplásico con un tamaño mandibular normal, también son frecuentes las mordidas cruzadas posteriores uni o bilaterales.

Artículo: Manejo General de pacientes con discapacidad psíquica, pág. 5

AUTISMO

No hay una manifestación oral específica en los pacientes con autismo, presentan:

- Caries dental aunque no con mayor prevalencia que en la población normal
- Bruxismo
- Maloclusiones
- Autolesiones, tanto a nivel intraoral como extraoral

Artículo: Manejo General de pacientes con discapacidad psíquica, pág 15

IMPORTANCIA DE LA SALUD E HIGIENE ORAL

La Salud Oral es un componente importante en la salud en general, contribuye al bienestar del niño, evita el dolor y las molestias y promueve una buena calidad de vida y además maximiza las probabilidades de una nutrición, un lenguaje y una apariencia adecuada cuya capacidades físicas o mentales se encuentran limita

POBLACIÓN

Es una población de 37 integrantes entre niños, jóvenes y adultos con discapacidad cognitiva (Síndrome de Down y autismo) pertenecientes a la fundación Hogar Refugio de Amor ubicado en el municipio de Barbosa Antioquia, cuya razón social es la formación integral del individuo; ésta fundación tuvo sus inicios en Cali Valle del Cauca el 20 de Agosto del 2007 y estableció una sede en el municipio de Barbosa Antioquia el 13 de Enero del 2009.

NECESIDAD DE LA INTERVENCIÓN

- Se hace necesario intervenir ésta población porque debido a su estrato socioeconómico y ubicación, no les es fácil tener los servicios adecuados y la atención primordial que ellos requieren para atender a sus necesidades odontológicas.

- Adicional a esto la escolaridad de los padres o personas a cargo de los niños con discapacidad cognitiva, de la fundación Hogar Refugio de Amor no les permite tener los conocimientos adecuados sobre las correctas técnicas de higiene oral para éste tipo de población.

- Se hace pertinente estudiar la evolución de cada discapacidad y la edad de los niños para así lograr identificar herramientas para mejorar la salud oral ya que según esto se desencadena una serie de manifestaciones que deben ser tratadas debidamente.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se diseñó un estudio comparativo, la selección de la población con discapacidad cognitiva se hizo de acuerdo con los criterios de inclusión: niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad cognitiva entre 3 a 45 años, que asisten a la fundación Refugio de Amor; ubicado en el municipio de Barbosa, en el departamento de Antioquia(Colombia)

El consentimiento informado para participar en esta investigación, bajo aprobación la Corporación Universitaria Minuto de Dios– Bello, fue aprobado por las personas responsables de los niños. La población fue de 14 entre niños, jóvenes y adultos. Para la recopilación de datos se empleó la ficha médica relacionada con historia clínica y algunos datos del historial médico suministrados por las personas a cargo de los niños.

Tipo de investigación: Descriptiva

Enfoque de la investigación: Cualitativa

Técnica de recolección de información: Se realizó mediante el diligenciamiento de las historias clínicas y su previo análisis clínico.

Población: La población refugio de Amor cuenta con 37 integrantes entre niños, jóvenes y adultos

Muestra: Se atendieron 14 pacientes porque el resto de la población se encontraba en diversas actividades lúdicas por motivo de vacaciones

RESULTADOS

FUNDACIÓN “HOGAR REFUGIO DE AMOR”

Nit: 900171832-9

CRECIMIENTO HUMANO CON CALIDAD DE VIDA

BASE DE DATOS MATRICULADOS AÑO 2013

NOMBRE	DIAGNÓSTICO
Néstor de Jesús Cataño Gómez	(RMS) Retraso Mental Severo
Ana Sofía Acevedo Herrera	(RMS) Retraso Mental Severo
Yamile Andrea Agudelo Tobón	(RM) Retraso Mental Severo
Margarita Alicia Barrera García	Sin diagnóstico
Emmanuel Sánchez Agudelo	Síndrome de Down. Trastorno específico del habla y lenguaje
Bibiana Cecilia Muñoz Tapias	Retardo mental. Escoliosis izquierda, sifosis dorsal, y espasmo cervical
Yerson Armando Córdoba Foronda	Síndrome de Down. Soplo cardiaco grado 1 trastorno en la pronunciación y fluidez del lenguaje
Lucas Gaviria Grajales	Síndrome de Down. Hipotiroidismo, convulsiones, rasgos autistas
Germán Antonio Ríos	Síndrome Down. Hipotiroidismo. Convulsiones. Rasgos

Peláez	autistas
Sirley Lorena Velásquez Moncada	RML(Retraso Mental Leve) Epilepsia focal
Jhoan Arbey Vanegas Madrid	RML(Detención del crecimiento epifisario
Roger Steven Ríos Morales	Síndrome de Down. Hipotiroidismo, Trastorno en la pronunciación
Diego Alain Mesa Blandón	RML
Yamile Piedrahita Benítez	Trastorno mental no especificado
Sebastián Estiben Vallejo Olea	Pendiente de diagnóstico médico
Edison Andrés Moreno Zuluaga	Síndrome de Down
Estefanía Valencia Bedoya	PENDIENTE DIAGNÓSTICO DE SORDERA CONGÈNITA
Juan Lucas Puerta Suarez	Discapacidad cognitiva
Yeni Johana Marín	Discapacidad auditiva
Carlos Andrés Restrepo Sánchez	Discapacidad auditiva. Hipoacusia neurosensorial profunda. retardo mental
Paula Andrea Puerta Agudelo	RMM y Trastorno de personalidad
Yurani Catalina Ocampo	Discapacidad auditiva. Hipoacusia neurosensorial auditivo

Vanegas	
Wilmar Gil Agudelo	Síndrome de Down
John Alexander Arango Vásquez	Pendiente de diagnóstico médico
Deivy Alexis Estrada Acevedo	Síndrome de Down
Darío Arles Sepúlveda Mejía	Discapacidad cognitiva y de motricidad
Edison Alesis Alba Mira	Trastorno Afectivo Bipolar
Angie Paola Marín Ríos	sin diagnóstico
Mateo Gaviria Jaramillo	Síndrome de Down
Marcos Eladio Arango Vásquez	Discapacidad Auditiva
Sara Yaneth Valencia Alvarez	Discapacidad auditiva
Kevin Franco Guerra	Discapacidad auditiva
Noralva Rocio Orozco Vanegas	Discapacidad cognitiva
Brayan Stiven Escobar Londoño	Discapacidad cognitiva
Adrian Ignacio Areiza Rodgers	transtorno del aprendizaje no específico y transtorno del lenguaje

Jhon Mauricio Londoño Agudelo	R.M.S.
Daniel Adrián Cardona Osorno.	Síndrome de Down - Hipotiroidismo.

Diagnóstico	Cantidad de diagnóstico
Síndrome de Down	10
Discapacidad auditiva	6
Discapacidad cognitiva	4
Hipotiroidismo	4
RML	4
RM	3
RMS	2
Trastorno específico del habla y lenguaje	2
Trastorno de pronunciación y fluidez del lenguaje	2
Convulsiones	2

Rasgos autistas	2
RMM	1
Escoliosis izq.	1
Sifosis dorsal	1
Espasmos cervical	1
Soplo cardiaco grado 1	1
Epilepsia focal	1
Sordera congénita	1
Hipoacusia neurosensorial profunda	1
Trastorno de personalidad	1
Hipoacusia neurosensorial auditivo	1
Discapacidad de motricidad	1
Transtorno afectivo bipolar	1
Transtorno del aprendizaje	1
No diagnosticados	5

FUNDACIÓN “HOGAR REFUGIO DE AMOR”

Nit: 900171832-9

CRECIMIENTO HUMANO CON CALIDAD DE VIDA

BASE DE DATOS MATRICULADOS AÑO 2013

NOMBRE	DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO
Ana Sofía Acevedo Herrera	Movilidad crónica.
Yamile Andrea Agudelo Tobón	Apiñamiento severo
Margarita Alicia Barrera García	Caries, mal oclusión clase 1
Bibiana Cecilia Muñoz Tapias	Ortodoncia activa, mordida cruzada unilateral
Roger Steven Ríos Morales	Bruxismo, gingivitis generalizada asociada a placa, mal oclusión clase 3, múltiples facetas de desgaste
Juan Lucas Puerta Suarez	Gingivitis asociada a placa
Yeni Johana Marín	Paciente sano
Carlos Andrés Restrepo Sánchez	Múltiples facetas de desgaste, bruxismo, apiñamiento moderado
Paula Andrea Puerta Agudelo	Pigmentaciones intrínsecas, gingivitis asociada a placa, caries
Marcos Eladio Arango Vásquez	Pigmentación intrínseca, facetas de desgaste, bruxismo, apiñamiento severo, caries
Kevin Franco Guerra	Mal oclusión clase 2, mordida profunda, apiñamiento
Estiven Cataño	Paciente sano
Richar berrio	Gingivitis generalizada asociada a factores locales
Daniel Adrián Cardona Osorno.	Gingivitis asociada a placa, lengua geográfica, mal oclusión clase 3

DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO

POBLACIÓN	DISCAPACIDAD	DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO
NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS	➤ Auditiva	<ul style="list-style-type: none"> • Maloclusión clase 2. • Mordida í profunda. • Apiñamiento severo inferior. • Apiñamiento moderado superior.
ADOLESCENTES ENTRE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Retraso mental. ➤ Discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Apiñamiento severo. • Gingivitis asociada a placa. • Caries.

13 – 21 AÑOS	cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Maloclusión clase 1 y clase 3. • Múltiples facetas de desgaste. • Bruxismo
ADULTOS ENTRE 22 – 47 AÑOS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discapacidad Cognitiva. ➤ Discapacidad Auditiva. ➤ Síndrome de Down. ➤ Hipotiroidismo. ➤ Retraso Mental. ➤ Escoliosis Isquémica. ➤ Sifosis Dorsal. ➤ Espasmo Cervical. ➤ Hipoacusia 	<ul style="list-style-type: none"> • Atriciones. • Facetas de Desgaste. • Bruxismo. • Apiñamiento Severo. • Caries. • Gingivitis Asociada a Placa. • Maloclusiones. • Cálculos. • Gingivitis Asociada a Factores Locales.

	<p>Neurosensorial</p> <p>Profunda.</p> <p>➤ Retraso mental</p> <p>Severo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mordida Cruzada Unilateral. • Apiñamiento Moderado. • Periodontitis crónica.
--	---	--

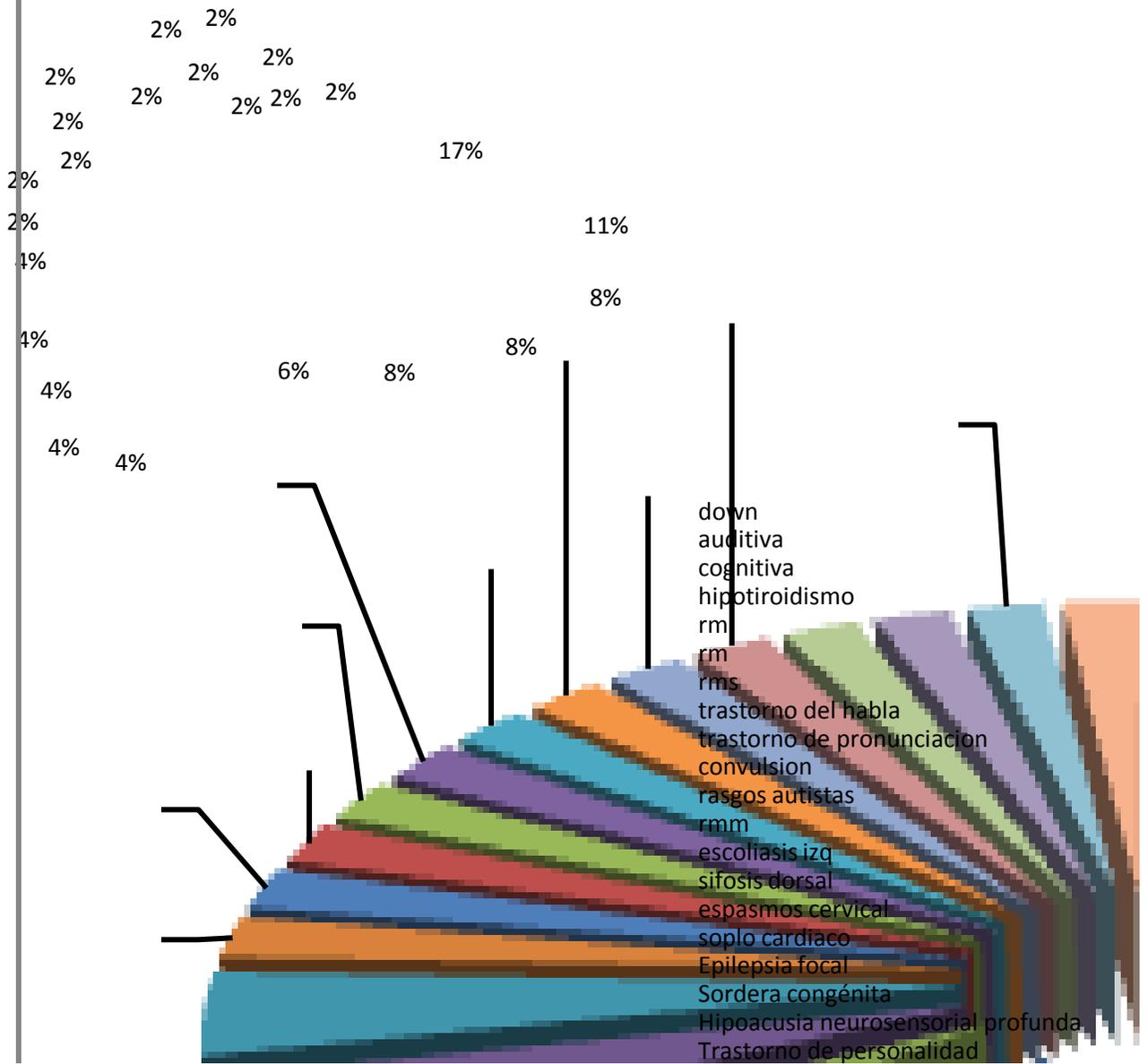
NOMBRE	DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO	DISCAPACIDAD
Ana Sofía Acevedo Herrera	Movilidad crónica.	Retardo mental severo
Yamile Andrea Agudelo Tobón	Apiñamiento severo	Retardo mental
Margarita Alicia Barrera García	Caries, mal oclusión clase 1	Sin diagnóstico
Bibiana Cecilia Muñoz Tapias	Ortodoncia activa, mordida cruzada unilateral	Retardo mental, escoliosis izquierda, sifosis dorsal, espasmo cervical
Roger Steven Ríos Morales	Bruxismo, gingivitis generalizada asociada a placa, mal oclusión clase 3, múltiples facetas de desgaste	Síndrome de down, hipotiroidismo – hidronefrosis izquierda, trastorno de la pronunciación
Juan Lucas Puerta Suarez	Gingivitis asociada a placa	Discapacidad cognitiva

Yeni Johana Marín	Paciente sano	Discapacidad auditiva
Carlos Andrés Restrepo Sánchez	Múltiples facetas de desgaste, bruxismo, apiñamiento moderado	Discapacidad auditiva, hipoacusia neurosensorial profunda, retardo mental
Paula Andrea Puerta Agudelo	Pigmentaciones intrínsecas, gingivitis asociada a placa, caries	Retardo mental moderado, trastorno de personalidad
Marcos Eladio Arango Vásquez	Pigmentación intrínseca, facetas de desgaste, bruxismo, apiñamiento severo, caries	Discapacidad auditiva
Kevin Franco Guerra	Mal oclusión clase 2, mordida profunda, apiñamiento	Discapacidad auditiva
Estiven cataño	Paciente sano	Discapacidad física
Richar berrio	Gingivitis generalizada asociada a factores locales	Sin diagnóstico
Daniel Adrián Cardona Osorno.	Gingivitis asociada a placa, lengua geográfica, mal oclusión clase 3	Síndrome de down, hipotiroidismo

CUADRO COMPARATIVO

DISCAPACIDAD COGNITIVA	PATOLOGÍA PREVALENTE
RELACIÓN DE LAS MANIFESTACIONES ORALES EN LA DISCAPACIDAD COGNITIVA	GINGIVITIS ASOCIADA A PLACA CARIES
SINDROME DE DOWN	CARIES
RETRAZO MENTAL MODERADO(RMM)	GINGIVITIS ASOCIADA A PLACA BACTERIANA
RETRAZO MENTAL SEVERO(RMS)	MOVILIDAD DENTAL
DISCAPACIDAD AUDITIVA	MÚLTIPLES FACETAS DE DESGASTE

DIAGNÓSTICO MÉDICO



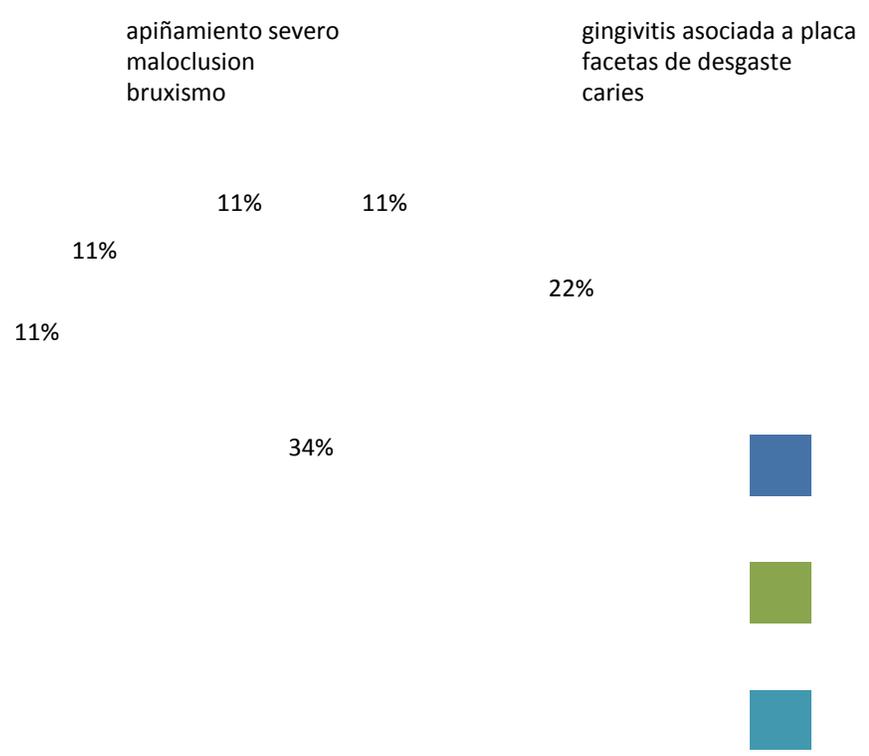
MUESTRA

ATENDIDOS NO ATENDIDOS

61%

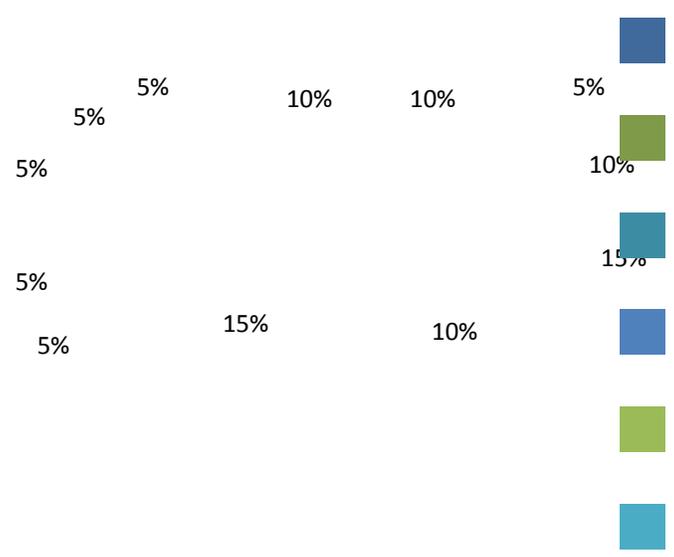
39%

Diagnóstico odontológico en adolescentes



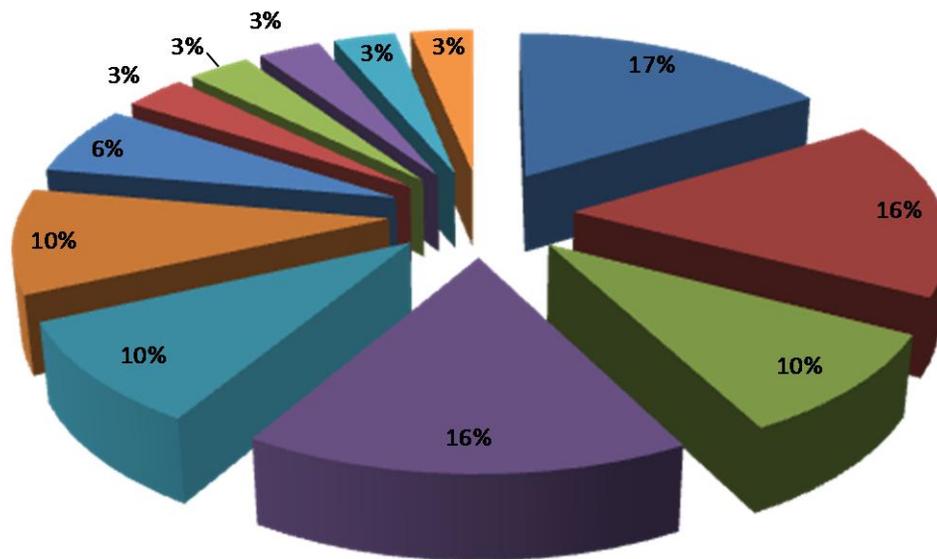
Diagnóstico odontológico en adultos

- paciente sano
- bruxismo
- caries
- lengua geografica
- ortodoncia
- periodontitis cronica
- pigmentacion intrinsecas
- apiñamiento severo
- gingivitis asociada a placa
- maloclusion
- mordida cruzada
- facetas de desgaste



Diagnostico de patologias odontologicas de niños, adolescentes y adultos

- | | | |
|----------------------|---------------------------|---------------------|
| ■ apiñamiento severo | ■ gingivitis | ■ caries |
| ■ maloclusion | ■ facetas de desgaste | ■ bruxismo |
| ■ paciente sano | ■ pigmentacion intrinseca | ■ lengua geografica |
| ■ mordida cruzada | ■ periodontitis cronica | ■ mordida profunda |



ANÁLISIS

Después de realizar el análisis clínico a los niños, jóvenes y adultos de la fundación HOGAR REFUGIO DE AMOR del municipio de Barbosa y arrojados los resultados se logró evidenciar que el mayor porcentaje se enfoca en gingivitis generalizada asociada a placa bacteriana, facetas de desgaste, maloclusiones y caries, debido a su poca capacidad de apropiación de su cuidado bucal.

También se puede constatar la necesidad de esta fundación ante la acción de agentes que ayuden a combatir los problemas bucodentales como lo son visitas al odontólogo periódicamente o programas de prevención de la salud oral por parte de entidades públicas que se encarguen de dar herramientas adecuadas para este tipo de población que sin duda necesitan de un acompañamiento por parte de especialistas en la salud oral.

Se evidencia también la necesidad de un acompañamiento constante y herramientas pedagógicas como medio de motivación a realizar su higiene oral partiendo de la discapacidad cognitiva que presente el individuo.

CONCLUSIONES

•Según el análisis clínico realizado en la fundación HOGAR REFUGIO DE AMOR del municipio de Barbosa Antioquia, encontramos que hay mayor prevalencia de gingivitis generalizada asociada a placa bacteriana, maloclusiones y facetas de desgaste lo cual puede desencadenar en un alto índice de caries y peridontitis crónica conllevando a la pérdida total de sus piezas dentales.

•Se pudo evidenciar que en el municipio de Barbosa no hay políticas públicas ni entidades que apoyen con programas de promoción y prevención de la salud oral a este tipo de población.

- Trabajar con esta población ha sido enriquecedor, gratificante y de admirar, es agradable saber que aunque tienen alguna discapacidad y no se les da un acompañamiento adecuado por personal idóneo en el área de higiene y odontología se preocupan por su salud bucodental y que tanto ellos como quienes están a cargo muestran interés y disposición por saber qué es lo mejor para ellos en esta área, por eso escogimos este tema porque nos parecen que es bueno que se enfoquen en este aspecto, ya que por la discapacidad este tipo de pacientes requieren de un acompañamiento al momento de realizar la higiene, además deben de asistir de forma periódica al odontólogo, para hacer limpieza, revisión de control, aplicar flúor, y además procedimientos que busquen ante todo la prevención.

RECOMENDACIONES

- Es propicio elaborar charlas dirigidas a los padres o personas a cargo según cada discapacidad teniendo en cuenta también la edad, para así pasar a dar a cada discapacidad su debido tratamiento.

- Procurar que no transcurra mucho tiempo entre la finalización de los alimentos y el cepillado ya que por su discapacidad y su PH salival se forma más rápido la placa bacteriana.

- Elaborar rutinas en las que se trabaje la motricidad con el cepillado.

- Realizar actividades las tres veces al día en las que el individuo desempeñe su higiene oral no como una obligación sino como una meta.

- Es preciso conocer las necesidades de cada individuo ya que cada uno es único y requiere de una asistencia personalizada para desempeñar la buena salud oral.

- Hacer un llamado de atención al gobierno municipal para que incluyan a las personas con discapacidad cognitiva en los programas de promoción integral ya que la fundación de manera altruista hace lo posible por mejorar la calidad de vida de éstas personas.

REFERENTE BIBLIOGRÁFICO

- ASOMAS (Asociación Mexicana Anne Sullivan I.A.P) Consultado en:
<http://www.asomas.org.mx/academico/MARZO%2010.pdf>

- Colombiaaprende.edu.co, Consultado en:

http://colombiaaprende.edu.co/html/mediateca/1607/articles-75160_archivo.pdf

- Colombiaaprende.edu.co, Consultado en:

http://www.colombiaaprende.edu.co/html/mediateca/1607/articles-75170_archivo.pdf niños con discapacidad cognitiva [11 de diciembre de 2009] p. 14.

- Discapacidadmental.com, Consultado en:

<http://www.ladiscapacidad.com/discapacidad/discapacidadcognitiva/discapacidadcognitiva.php>

- Fundación Carol.org, Consultado en:

<http://www.fundacióncarol.org/sindrome-de-down.html>

- Mesadiscapacidad.cl, Consultado en

<http://www.mesadiscapacidad.cl/pdf/ManualCap%204.pdf>

http://neeeducativas.galeon.com/Paginas/Discapacidad_Coge.htm

- SALAZAR, Carmenza. Definición y caracterización de la discapacidad cognitiva.
- Specialodonto, consultado en:

http://www.uv.es/specialodonto/cont_12/Manejo%20odontologico%20de%20los%20pacientes%20discapacitados%20psiquicos.pdf

- Zonapediatrica.com, Consultado en:

<http://www.zonapediatrica.com/psicologia/retardo-mental.html>

ANEXOS

PRIEMER ENCUESTRO

Actividad de reconocimiento











SEGUNDO ENCUENTRO











HISTORIA CLÍNICA



ROTACION CLINICA III HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

FECHA _____

1. DATOS PERSONALES

Nombre completo: _____ Edad: _____
 Fecha nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Lugar: _____
 Identificación CC _____ TI _____ RC _____ Otros _____ N° _____
 Dirección residencia _____ Teléfono _____

2. MOTIVO DE CONSULTA: _____

3. ENFERMEDAD ACTUAL: _____

4. ANTECEDENTES MEDICOS Y ODONTOLÓGICOS

4.1. Antecedentes personales		SI	NO			SI	NO
1. Hepatitis				10. Hospitalizaciones, cirugías			
2. Diabetes				11. Alergias (medicamentos, otros)			
3. Hipertensión arterial				12. Amigdalitis			
4. Epilepsia, otras del sistema nervioso				13. Infecciones orales			
5. Afecciones digestivas				14. Herpes			
6. Afecciones cardíacas				15. Fracturas- accidentes			
7. Afecciones respiratorias				16. Está tomando algún medicamento?			
8. (VIH) SIDA				17. Está embarazada?			
9. Enfermedades de transmisión sexual				18. Otros, Cuales			
4.2. Antecedentes familiares		SI	NO			SI	NO
1. Afecciones cardíacas				4. Epilepsia			
2. Diabetes mellitus				5. Cáncer			
3. Hipertensión				6. Otros, cuáles?			
4.3. Antecedentes odontológicos		SI	NO			SI	NO
1. Operatoria				5. Cirugías			
2. Endodencias				6. Periodoncia			
3. Ortodoncia u ortopedia				7. Prótesis			
4. Ortopedia				8. Otros Cuales?			

Observaciones: _____

5. HÁBITOS Y OTROS:		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Cigarrillo				Tinto				Queilosfagia	
Alcohol				Succión digital				Piercing	
Alucinógenos				Biberón				Otros (cuales)	

5.1 HÁBITOS DE HIGIENE ORAL		SI	NO	Veces al día	SI	NO	Veces al día
Cepillado							
				Seda dental			

¿Hace cuánto fue su última visita al odontólogo?: _____

6. TEJIDOS INTRA Y EXTRAORALES: Marque si los encuentra normales o no y explique si es necesario

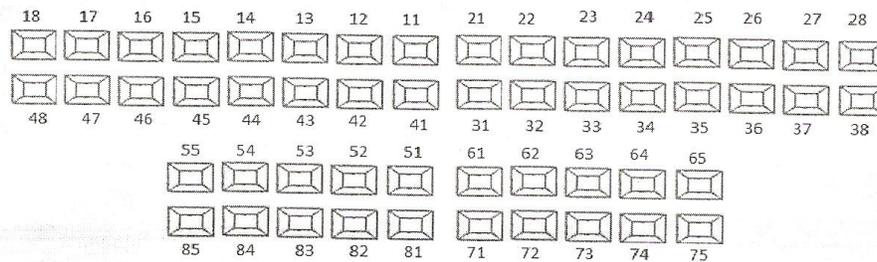
	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Lengua			Piso de boca			Amígdalas		ATM
Carrillos			Paladar			Labios		Otros (cuales)

MARQUE SI O NO SI LO PRESENTA EN BOCA O NO

7. ANALISIS INTRAORAL	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Atrición			Abfracción			Cálculos subgingivales		
Erosión			Retracciones gingivales			Otros (Cuales)		
Abrasión			Cálculos supragingivales					

Observaciones: _____

8. ODONTOGRAMA



Observaciones o hallazgos de lesiones en tejidos duros: _____

9. ÍNDICE DE PLACA BACTERIANA _____ %



Buena __ Regular __ Deficiente __

10. DIAGNÓSTICO _____

11. PRONÓSTICO _____

12. PLAN DE TRATAMIENTO _____

13. PACIENTE REMITIDO A: _____

14. EVOLUCIÓN:

FECHA	HORA	PROCEDIMIENTO REALIZADO	FIRMA ODONTÓLOGO	FIRMA ESTUDIANTE	FIRMA PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado con C.C. N° _____ de _____, acepto el tratamiento anteriormente descrito, brindado por un estudiante de Salud Oral de UNIMINUTO y el Politécnico Internacional, bajo la asesoría directa del Odontólogo docente; acepto que fui informado adecuadamente acerca del tratamiento a recibir.

Firma del paciente o acudiente _____

Firma del estudiante _____

Firma del docente _____