



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

**“CONDICIONES DE SALUD BUCAL EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD
MOTORA EN LA COMUNIDAD MANANTIALES”**

Autor:

Darío Javier Vera Taffur.

Tutor:

Dra. María Teresa Restrepo Mg.

Facultad de Odontología.

Manta – Manabí – Ecuador

2018



DECLARACION DE AUTORIA Y CESION DE DERECHOS

Yo. Vera Taffur Darío Javier, declaro ser el autor del siguiente trabajo de tesis: **“CONDICIONES DE SALUD BUCAL EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD MOTORA EN LA COMUNIDAD MANANTIALES”**. Para la obtención del título de odontólogo, siendo la Dra. María Restrepo Escudero, directora del presente trabajo; y eximo a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad

VERA TAFFUR DARIO JAVIER

C.I.:131322607-6



CERTIFICACION

Yo, **Dra. María Restrepo Escudero**, docente de la Universidad “Laica Eloy Alfaro de Manabí” en calidad de director del Proyecto de investigación del estudiante Sr. **Vera Taffur Darío Javier** con cédula de identidad #131322607-6

Certifico:

Que el presente Proyecto de Investigación titulado “**CONDICIONES DE SALUD BUCAL EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD MOTORA EN LA COMUNIDAD MANANTIALES**”, ha sido exhaustivamente revisada en varias sesiones de trabajo y se encuentra listo para su presentación y apta para su defensa

Habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración para un proyecto de investigación previo a la obtención del título de Odontología. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad

Atentamente

DRA. MARIA TERESA RESTREPO E. MG.

C.I.: 1310797939



Director del Proyecto de Investigación

APROBACION DEL TRIBUNAL DE GRADO

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Tribunal examinador

Los honorables Miembros del Tribunal Examinador luego del debido análisis y su cumplimiento de la ley aprueben el informe de investigación sobre el tema: **“Condiciones De Salud Bucal En Pacientes Con Discapacidad Motora En La Comunidad Manantiales”**.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Manta _____ del 2018

DEDICATORIA

Este trabajo investigativo que representa años de esfuerzo sudor, sangre y lágrimas está dedicado a todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron con mi desarrollo llevándome hasta este punto culmen de mi vida estudiantil.

A mis Padres por ser ese motor fundamental de mi vida, a mis hermanos por todo su cariño y apoyo a lo largo de mi vida, y a mi novia Karol Espinoza por haberme ayudado en todo momento.

A todos aquellos docentes que genuinamente influyeron positivamente en mi vida como estudiante.

Gracias a todos y cada uno de ustedes por traerme hasta aquí.

RESUMEN

Fundamento: las personas incapacitadas muestran circunstancias que restringen sus posibilidades para desenvolverse en la vida diaria y por consiguiente demandan de una atención de salud total; sin embargo se supone que a nivel internacional la generalidad de esta población no recibe atención bucodental acorde a sus requerimientos.

Objetivo: Determinar el estado de salud bucal en pacientes con discapacidad motora.

Métodos: estudio de serie de casos realizado de julio hasta agosto de 2018, sobre 9 discapacitados que cumplieron con los criterios de inclusión. Se analizó: edad, sexo, clasificación epidemiológica en cuanto a salud bucal, problemas de salud bucal, factores de riesgo.

Resultados: prevaleció el sexo femenino sobre el masculino y el grupo de edades de 47 a 68 años. Fueron más numerosas las discapacidades mentales. La clasificación epidemiológica del estado de salud bucal mostró que la Clase I de Angle es mayoría en comparación con las Clases II y III, dentro de la Flourosis encontramos bajos índices. Dentro de los factores de riesgo sobresalieron los antecedentes de caries el índice en adultos es más alto que en niños, y se evidencio el cepillado incorrecto por presencia de Enfermedad Periodontal moderada y leve. En atención primaria predominaron las restauraciones (13%).

Conclusiones: la salud bucal en el conjunto experimentado fue deplorable, lo que pudiera estar dado porque tanto pacientes como familiares dan más importancia al estado físico como incapacitado que a la salud bucal.

Palabras claves: discapacidad motora, condiciones de salud bucal

Índice

Portada	i
Autoría	ii
Certificación	iii
Aprobación del tribunal	iv
Dedicatoria	v
Resumen	vi
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
1.3 OBJETIVOS	11
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	11
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
1.3 JUSTIFICACION	11
II. MARCO TEÓRICO	13
2.1 ANTECEDENTES.....	13
2.2 BASE TEÓRICA	15
2.2.1 Discapacidad motora	15
2.2.1.1 Concepto	15
2.2.1.2 Etiología.....	16
2.2.1.3 Clasificación.....	17
2.2.2 Manifestaciones orales en pacientes con discapacidad motora.....	18
2.2.2.1 Caries.....	18
2.2.2.2 Gingivitis.....	19
2.2.2.3 Periodontitis	20
2.2.2.4 Maloclusiones	21
2.2.2.4.1 Clasificación de las maloclusiones según Angle.....	22
2.2.2.4.2 Clase I.....	23
2.2.2.4.3 Clase II	23
2.2.2.4.4 Clase III.....	24
2.2.3 Indicadores de salud bucal	25
2.2.3.1 Indicadores de caries dental	25
2.2.3.1.1 Indicador de caries dental CPO-D.....	25
2.2.3.1.2 Indicador de caries dental ceo-d.....	26
2.2.3.1.3 Análisis e interpretación del CPO-D y ceo-d.	26
2.2.3.2 Indicadores de salud periodontal	27

2.2.3.3 Indicadores de maloclusión y fluorosis dental	28
2.2.3.3.1 Indicadores de maloclusión.....	28
2.2.3.3.2 Indicadores de fluorosis dental.....	29
2.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA	29
3. MARCO METODOLÓGICO	31
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	31
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	31
3.3 POBLACION Y MUESTRA	32
3.3.1 Población.....	32
3.3.2 Muestra.....	32
3.3.3 Criterios de inclusión	32
3.3.4 Criterios de exclusión.....	33
3.4 Procedimientos.....	33
3.4.1 Métodos de recolección de la información.....	33
3.4.2 Validez del instrumento	33
3.4.3 Procesamiento de la información	33
4. ANALISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSION.....	35
4.1 Análisis de Resultados	35
1. Tabla y gráficos con la lista de Pacientes con Discapacidad Motora.....	35
Gráfico de presencia Malas Condiciones Bucales clasificados por Sexo	36
Gráfico de presencia Malas Condiciones Bucales clasificados por Etapa Cronológica.....	37
Gráfico de presencia Malas Condiciones Bucales clasificados por INDICES CPO - ceo.....	38
Gráfico de presencia Malas Condiciones Bucales clasificados por Edad	39
Gráfico de presencia Malas Condiciones Bucales clasificados por Fluorosis	41
Gráfico de presencia Malas Condiciones Bucales clasificados por Enfermedad Periodontal	42
4.2 CONCLUSIÓN	43
4.3 Recomendaciones.....	44

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las personas con discapacidad motora presentan dificultades para realizar sus labores cotidianas, dentro de estas se incluyen las dificultades para mantener una correcta higienización de la cavidad bucal.

El estado oral de la población de personas discapacitadas se caracteriza por presentar un bajo nivel de higiene oral que ocasiona la retención prolongada de partículas de comida en la boca que ocasiona inflamación gingival, caries y enfermedad periodontal (Kumar S, 2009)

La salud oral en pacientes con necesidades especiales ha representado un reto para el profesional de la salud oral a través de la historia, pues las diferentes discapacidades físicas y cognitivas limitan la adecuada remoción de placa dentobacteriana, llevando consigo el desarrollo de enfermedades orales de alta prevalencia en esta población, como la caries dental y la enfermedad periodontal (Marulanda, Betancur, Espinosa, Gómez, & Tapias, 2011).

En el mundo de hoy hay un número grande y creciente de personas con incapacidades. La cifra estimada de 500 millones se ve confirmada por los resultados de encuestas de sectores de la población, unidos a las observaciones de investigadores experimentados. En la mayoría de los países, por lo menos una de cada diez personas tiene una deficiencia física, mental o sensorial, y por lo menos el 25 % de toda población se ve adversamente afectada por la presencia de incapacidades (NU, 1982).

Según las estadísticas del Registro Nacional de Discapacidades (2015), en el Ecuador existe un total de 401.538 personas con discapacidad, dentro de las cuales 191,384 son personas con algún tipo de discapacidad física.

A pesar de que en el Ecuador se realizan campañas de inclusión de las personas con discapacidad, lo cual incluye el acceso gratuito a la salud, es evidente que esta población en específico está relacionada con un número elevado de problemas orales derivados de la dificultad o, en ciertos casos, de la incapacidad que presentan para higienizar su cavidad bucal.

Las personas con necesidades especiales presentan condiciones médico-psíquicas de desarrollo o cognitivas, que limitan su capacidad para desarrollar su vida cotidiana y por consiguiente requieren de una atención de salud integrada y multidisciplinaria, que tenga en cuenta a su familia y a los diferentes sectores de la sociedad. Se considera que a nivel mundial la mayoría de la población con discapacidades no recibe atención bucodental acorde a sus requerimientos (Abreu, 2011).

Es claro que la salud bucodental podría verse mermada por la presencia de la discapacidad motora. Por lo tanto, este trabajo de investigación pretende conocer las condiciones de salud bucal en pacientes con discapacidad motora atendidos en el Subcentro “Manantiales” perteneciente al cantón Montecristi de la provincia de Manabí en el periodo 2018.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Tomando en consideración lo anteriormente planteado, se establece la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el estado de salud bucodental de los pacientes con discapacidad motora atendidos en el Subcentro “Manantiales” del cantón Montecristi provincia de Manabí?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el estado de salud bucodental de los pacientes con discapacidad motora atendidos en el Subcentro “Manantiales” del cantón Montecristi provincia de Manabí.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el índice de caries a través del CPO-D y ceo-d de los pacientes con discapacidades motoras atendidas en el Subcentro “Manantiales”.
- Analizar los índices de enfermedad periodontal en estos pacientes.
- Establecer la presencia de maloclusiones.
- Establecer la presencia de fluorosis dental.

1.3 JUSTIFICACION

Las personas discapacitadas muestran condiciones que limitan sus posibilidades para desenvolver la vida diaria y por consiguiente demandan de una atención de salud integral. Sin embargo, se considera que a nivel mundial la mayoría de esta población no recibe cuidado bucodental acorde a sus requerimientos.

Las tres cuartas partes de la población mundial con discapacidad no reciben atención odontológica, por lo que las necesidades de salud bucal de estas personas no están solventadas desde ningún ámbito, complicando aún más su calidad de vida (Zamora & Cornejo, 2014).

Según las estadísticas del Registro Nacional de Discapacidades (2015), en la provincia de Manabí existen 46913 personas con discapacidad de las cuales 1935 de estas se encuentra en el cantón Montecristi. De estas 1935 personas con discapacidad, 1054 presentan discapacidad física y otras 182 discapacidades Auditivas.

Esta investigación está encaminada a conocer el estado de salud bucodental de los pacientes con discapacidad motora atendidos en el Subcentro de salud “Manantiales” del cantón Montecristi provincia de Manabí, de esta forma se busca hacer énfasis en que el tratamiento de estos pacientes necesita de instrucciones específicas para ser llevado a cabo.

Para el abordaje de la atención odontológica de las personas con necesidades especiales es preciso mejorar su higiene bucal por medio de programas educativos dirigidos al personal de atención y a las familias que ayudan con las tareas diarias del cuidado personal, establecer una formación académica y entrenamiento específico para profesionales de la odontología y asignar fondos para cubrir el acceso a los servicios de salud de este tipo de pacientes (Marulanda, Betancur, Espinosa, Gómez, & Tapias, 2011).

Los resultados obtenidos se agregarán a la información nacional e internacional recopilada sobre el tema y podrán ser usados como antecedente o referencia por estudiantes o profesionales que quieran realizar investigaciones que giren en torno a las variables tratadas. Con esta investigación se pretende mejorar la calidad de vida de pacientes con discapacidad motora atendidos en el Subcentro “Manantiales”, de esta forma se haría también énfasis en la capacitación de la atención de estos pacientes y en el rol fundamental que los familiares tienen para contrarrestar esta situación.

CAPITULO II

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Morales (2008), en su trabajo “Patologías bucodentales y alteraciones asociadas prevalentes en una población de pacientes con parálisis cerebral infantil” tuvo como objetivo determinar la prevalencia de patologías bucodentales en pacientes pediátricos con diagnóstico médico de PCI, para lo cual se realizó un estudio transversal o de prevalencia para determinar las patologías bucodentales más frecuentes en estos pacientes, se tomó una muestra de 30 pacientes con edades comprendidas entre 3 y 12 años.

Como resultado, en el examen clínico se determinó que el 60% de la muestra estudiada, presentó caries dental, El 30% de los niños presentó alteraciones en el esmalte, de tipo hipoplasia, descalcificaciones y amelogénesis imperfecta. Al estudiar el factor correspondiente a la presencia de enfermedad periodontal, se observó que el 73% de la muestra presenta alteraciones periodontales. El 60% de los niños presentaba babeo, 38,88% mostraba un babeo leve según la Clasificación de Thomas-Stonell y Greenberg, mientras que el restante 61,11% padecían una forma moderada o severa.

Idaira & cols (2008) en su trabajo titulado “Factores que afectan la condición oral de pacientes con discapacidades motoras e intelectuales severas”, tuvieron como objetivo

Investigar los factores específicos relacionados con la ocurrencia de caries dental y extracción dental en pacientes con discapacidades motoras e intelectuales severas (PSMI) que residen en una institución , para lograrlo estudiaron a ciento ochenta y nueve PSMI que residen en una sola institución en Japón fueron seguidos durante 3 años. Los exámenes orales se realizaron al inicio del estudio y 3 años más tarde.

En sus resultados hallaron que, por análisis multivariante, la rumiación y la alimentación por sonda se identificaron como factores significativos asociados con nuevas caries dentales. Por otro lado, la infancia o el deterioro de la infancia y el babeo se identificaron como factores importantes relacionados con la extracción dental.

Sáez & cols. (2008), en su estudio denominado “Estudio epidemiológico de Salud Bucodental en pacientes con Parálisis Cerebral”, tuvieron como objetivo describir el estado de salud bucodental y las intervenciones realizadas en pacientes con parálisis cerebral. Para ello realizaron un tipo estudio observacional descriptivo, en el que se obtuvo un estudio epidemiológico de salud bucodental en 45 pacientes con parálisis cerebral, tratados en la Unidad de Salud Bucodental de Discapacitados (USBD-D) de Albacete.

En sus resultados obtuvieron que una parte de ellos (20) fueron tratados en consulta y el resto (25) fueron intervenidos en el quirófano bajo anestesia general. Presentaba sarro el 85 %, gingivitis el 57,8%, periodontitis leve el 11,1%, periodontitis moderada el 2,2% y periodontitis severa el 2,2%. El hábito más frecuente era la respiración oral, presente en el 58%, seguida de bruxismo en el 7% y succión digital en el 2,2%. Fueron realizadas 142 obturaciones de dientes definitivos, 1 obturación de dientes temporales, 47 sellados, 74 exodoncias, 2 frenectomías y 9 gingivectomías.

Pérez & cols. (2016) en su estudio “Estado de Salud Oral en Discapacitados Residentes en la Fundación Pequeño Cottolengo Don Orione, Paraguay” tuvieron como objetivo describir el estado de salud oral de las personas con discapacidad que residen en la Fundación Pequeño Cottolengo Don Orione de Mariano Roque Alonso, Paraguay 2012. Para lograrlo, se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en 37 niños, jóvenes y adultos en edades comprendidas entre 12 y 68 años.

Como resultado se obtuvo que el índice CPO-D fue 16,24; se detectó presencia de lesiones no cariosas en 48,65 % y fluorosis en 2,70 %. Se encontraron fracturas a nivel de esmalte en 43,24 % y la higiene oral fue deficiente medido por medio del índice de Loë y Silness. El 24,32 % tenía saliva viscosa; el Índice de placa bacteriana fue de 2,04. Mientras que, en ninguno de los casos los momentos de azúcar superaron tres

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 Discapacidad motora

2.2.1.1 Concepto

La discapacidad motriz constituye una alteración de la capacidad del movimiento que afecta, en distinto nivel, las funciones de desplazamiento, manipulación o respiración, y que limita a la persona en su desarrollo personal y social. Ocurre cuando hay alteración en músculos, huesos o articulaciones, o bien, cuando hay daño en el cerebro que afecta el área motriz y que le impide a la persona moverse de forma adecuada o realizar movimientos finos con precisión. La discapacidad motriz se clasifica en los siguientes trastornos (Consejo Nacional de Fomento Educativo, CONAFE, 2010, p.18):

- **Trastornos físicos periféricos.** Afectan huesos, articulaciones, extremidades y músculos. Se presentan desde el nacimiento (por ejemplo, algunas

malformaciones de los huesos), o bien, son consecuencias de enfermedades en la infancia (como la tuberculosis ósea articular). Algunos accidentes o lesiones en la espalda dañan la médula espinal e interrumpen la comunicación de las extremidades (brazos y piernas) hacia el cerebro y viceversa.

- **Trastornos neurológicos.** Significan el daño originado en el área del cerebro (corteza motora cerebral) encargada de procesar y enviar la información de movimiento al resto del cuerpo. Origina dificultades en el movimiento, y en el uso, sensaciones y control de ciertas partes del cuerpo. Los más comunes son la parálisis cerebral, los traumatismos craneoencefálicos y los tumores localizados en el cerebro.

2.2.1.2 Etiología

Las causas del daño cerebral que interfiere con la motricidad se clasifican de acuerdo con la etapa en que se presentan (CONAFE 2010, p.19):

- a) **Prenatales o antes del nacimiento.** Incluyen malformaciones con las que nacen los bebés (por convulsiones maternas). Ocurren cuando la sangre de la madre es diferente a la sangre del bebé; también por la exposición a la radiación o a sustancias tóxicas, restricción del crecimiento en la etapa de formación del bebé, infecciones o presión alta durante el embarazo o embarazo múltiple (gemelos, triates, etcétera).
- b) **Perinatales o durante el nacimiento.** Ejemplos: nacimiento prematuro (antes de las 32 semanas de embarazo), falta de oxígeno (asfixia o hipoxia neonatal), mala posición del bebé, infecciones en el sistema nervioso central o hemorragia cerebral.

- c) **Posnatales.** Se debe principalmente a golpes en la cabeza, convulsiones, toxinas e infecciones virales o bacterianas que afectan el sistema nervioso central.

2.2.1.3 Clasificación

La parálisis cerebral se clasifica con base en sus características funcionales y en la ubicación de las alteraciones de la movilidad en el cuerpo. En primer lugar, se describen tres tipos, con base en la funcionalidad del movimiento (CONAFE 2010, p.19):

- a) **Espasticidad.** La lesión se ubica en la corteza motora cerebral, es decir, en las áreas del cerebro responsables del movimiento. Está asociada a la ejecución de movimientos voluntarios. El daño en esta parte del cerebro se manifiesta por la incapacidad para ejecutar movimientos voluntarios, en especial los más finos, por ejemplo, movimiento de las manos. Los niños espásticos se caracterizan por movimientos rígidos, bruscos y lentos. También se afectan los músculos de la alimentación y el habla, los de la boca y rostro, lo cual genera problemas en la alimentación y el habla.
- b) **Atetosis.** La lesión se ubica en un área del cerebro que se encarga de mantener la postura estática (es decir, el estado de reposo) y de los movimientos involuntarios (por ejemplo, los reflejos para mantener el equilibrio y la postura, los movimientos respiratorios o el parpadeo, entre muchos otros). Esta área del cerebro se llama “sistema extrapiramidal”, y la lesión ocasiona movimientos exagerados que van del hiperextensión (brazos o piernas muy estirados) a la flexión total o parcial; también hay movimientos involuntarios en los músculos, necesarios para producir el habla, lo que origina gestos exagerados al hablar.
- c) **Ataxia.** La lesión se encuentra en el cerebelo. Los niños experimentan dificultades para medir su fuerza y dirección de los movimientos (por ejemplo,

alteraciones en la postura, en las reacciones de equilibrio, sin coordinación de los brazos y problemas para chupar, comer y respirar). También hay dificultades para realizar movimientos precisos y nuevos patrones de movimiento.

Ahora bien, los cambios en los movimientos se clasifican con base en las áreas del cuerpo afectadas (CONAFE 2010, p.20):

- Monoplejia. Un solo miembro del cuerpo.
- Diplejia. Afecta las extremidades inferiores (piernas).
- Triplejia. Afecta un miembro superior (un brazo) y las extremidades inferiores (piernas).
- Hemiplejia. Afecta el lado derecho o izquierdo del cuerpo.
- Cuadriplejia. Afecta las cuatro extremidades del cuerpo (brazos y piernas).

2.2.2 Manifestaciones orales en pacientes con discapacidad motora.

2.2.2.1 Caries

La caries dental es un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y, debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, dando como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros. Se clasifica como una enfermedad transmisible e irreversible (Núñez & García , 2010).

La prevalencia de caries dental es el indicador de salud bucal que con mayor frecuencia ha sido estudiada debido a que su distribución es amplia afectando a la mayor parte de la población y generando como consecuencia, ya sea de forma indirecta o directa, algún tipo de participación en el establecimiento y desarrollo de otros problemas de salud

bucal, tales como: enfermedad gingival y periodontal, maloclusiones y alteraciones pulpares, entre otros (Murrieta, Chargoy, & Meléndez, 2001).

Actualmente se sabe que 80% de la caries se manifiesta en las fosetas y fisuras de los dientes; sin embargo, existen diferencias regionales incluso dentro de un mismo país, la prevalencia e incidencia de la caries coronal, así como la velocidad de progresión de las lesiones cariosas y los tipos de superficies que presentan caries y restauraciones son desiguales (Ortega & Aranza, 2017)

La caries dental es una enfermedad de origen multifactorial en la que existe interacción de tres factores principales: el huésped (higiene bucal, la saliva y los dientes), la microflora (infecciones bacterianas) y el sustrato (dieta cariogénica). Además de estos factores, deberá tenerse en cuenta uno más, el tiempo. Para que se forme una caries es necesario que las condiciones de cada factor sean favorables; es decir, un huésped susceptible, una flora oral cariogénica y un sustrato apropiado que deberá estar presente durante un período determinado de tiempo (Núñez & García , 2010)

2.2.2.2 Gingivitis

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, Matos, & Basconez, 2008).

La placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival constituyen el factor de riesgo que más se asocia con el origen y la evolución de la gingivitis crónica por ser el contacto mantenido de los microorganismos con la encía. Estos microorganismos y sus productos inician el proceso, pues al acumularse en las proximidades gingivales

estimulan la respuesta inmunoinflamatoria en la que los elementos celulares, vasculares y humorales, intentan destruir, neutralizar o reducir la acción irritante de ellos y a su vez estos tratan de reparar los daños, lo que provoca una respuesta de carácter defensivo (Pérez, Vidal, & Del Valle, 2011)

El interés por las alteraciones gingivales se basa no tanto en su gravedad, sino en su enorme prevalencia entre la población. Los cuadros de inflamación gingival sin alteración del periodonto subyacente se detectan con elevada frecuencia entre la gente. Se establece que es visible en un rango de 20-50%, variando según la edad de los individuos, su sexo y su raza. (Matesanz, Matos, & Basconez, 2008).

2.2.2.3 Periodontitis

El término infección se emplea para referirse a la presencia y multiplicación de microorganismos en el cuerpo. Las infecciones periodontales son un conjunto de enfermedades que, localizadas en la encía y las estructuras de soporte del diente (ligamento y hueso alveolar), están producidas por ciertas bacterias provenientes de la placa subgingival (Bascones & Figuero, 2005).

La enfermedad periodontal es considerada una enfermedad infecciosa-inflamatoria, que de acuerdo con el grado de compromiso puede llevar a la pérdida total de los tejidos de soporte del diente. Considerando que la etiología de la enfermedad es principalmente infecciosa (placa bacteriana), el tratamiento se enfoca fundamentalmente en el control de la infección y reducción de la inflamación. Por lo tanto, para ejecutar un tratamiento periodontal exitoso es necesario determinar de forma adecuada el diagnóstico y pronóstico periodontal (Botero & Bedoya, 2010).

Las bacterias anaerobias gramnegativas más importantes y prevalentes en el área subgingival son el *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (Aa), *Porphyromonas gingivalis* (Pg), *Prevotella intermedia* (Pi) y *Tannerella forsythensis* (Tf). Estas bacterias

tienen un importante papel en el comienzo y posterior desarrollo de la periodontitis participando en la formación de la bolsa periodontal, destrucción del tejido conectivo y reabsorción del hueso alveolar a través de un mecanismo inmunopatogénico (Bascones & Figuro, 2005).

La expresión clínica de la enfermedad periodontal involucra una serie de alteraciones en los tejidos periodontales. La interpretación y medición correcta de las variables clínicas nos permiten determinar un diagnóstico correcto y por lo tanto, un tratamiento exitoso. Aun así, la expresión clínica de la enfermedad no es igual en todos los pacientes y por lo tanto el análisis debe ser individual para cada caso (Botero & Bedoya, 2010).

2.2.2.4 Maloclusiones

La maloclusión dentaria es el resultado de la desarmonía en los componentes esqueléticos, musculares y dentales que conforman el complejo estomatognático. Los factores etiológicos que pueden provocar esta desarmonía son los genéticos y los medios ambientales.

Según datos epidemiológicos, la tendencia en los países en desarrollo es la de aumentar la prevalencia de maloclusiones en su población general. Alrededor del 70% de la población infantil presenta algún grado de desviación de la oclusión ideal, y entre un 25 y un 30% necesita tratamiento ortodóntico. A su vez, las maloclusiones son factores de riesgo de otras afecciones orales tales como la gingivitis, la periodontitis, la caries y la disfunción en la articulación temporomandibular, aparte de producir alteraciones estéticas y funcionales, cosa que implica la necesidad de aplicar medidas preventivas adecuadas a cada momento (García, Ustrell, & Sentís, 2011).

En la literatura científica se observa que los factores etiológicos más estudiados para las maloclusiones son la presencia de hábitos parafuncionales, la pérdida prematura de

dientes, la pérdida de espacio originada por caries dental o por restauraciones dentales inadecuadas. Los estudios de maloclusiones asociadas con alteraciones de postura son pocos. No obstante, estudios como los de Carnevale, Discacciati y colaboradores, Machado y colaboradores y Aguilar y colaboradores, entre otros, muestran que en una gran proporción de la población estas dos entidades se encuentran presentes y que la población infantil es la más afectada (Aguilar & Taboada, 2013).

2.2.2.4.1 Clasificación de las maloclusiones según Angle

La primera clasificación ortodóntica de maloclusión fue presentada por Edward Angle en 1899, la cual es importante hasta nuestros días, ya que es sencilla, práctica y ofrece una visión inmediata del tipo de maloclusión a la que se refiere. La clasificación de Angle fue basada en la hipótesis de que el primer molar y canino son los dientes más estables de la dentición y la referencia de la oclusión (Morales, 2007, pág. 2). La dividió en clase I, II y III, con dos divisiones y dos subdivisiones en la clase II y una subdivisión en la clase III.

Estas clases están basadas en las relaciones mesiodistales de los dientes, arcos dentales y maxilares, los cuales dependen primariamente de las posiciones mesiodistales asumidas por los primeros molares permanentes en su erupción y oclusión. Angle consideraba primariamente en el diagnóstico de la maloclusión las relaciones mesiodistales de los maxilares y arcos dentales indicadas por la relación de los primeros molares permanentes superiores e inferiores, y secundariamente por las posiciones individuales de los dientes con respecto a la línea de oclusión (Morales, 2007, pág. 2).

2.2.2.4.2 Clase I

Como ya se mencionó, Angle tomaba a los primeros molares permanentes y a los caninos como referencia de su clasificación por ser los más estables en la arcada. Angle indica que, en la Clase I, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior.

Está caracterizada por las relaciones mesiodistales normales de los maxilares y arcos dentales, indicada por la oclusión normal de los primeros molares. En promedio los arcos dentales están ligeramente colapsados, con el correspondiente apiñamiento de la zona anterior la maloclusión está confinada principalmente a variaciones de la línea de oclusión en la zona de incisivos y caninos. Los sistemas óseos y neuromusculares están balanceados. El perfil facial puede ser recto. (Morales, 2007, pág. 2).

2.2.2.4.3 Clase II

Cuando la posición de los primeros molares inferiores se encuentra posterior a los primeros molares superiores, en total incongruencia con su relación normal, se la conoce como clase II de Angle. En este posicionamiento distal de la mandíbula, puede ser que esta esté retruida, o que haya habido una falta de desarrollo de la misma.

Existen 2 subdivisiones de la clase 2, cada una teniendo una subdivisión. La gran diferencia entre estas dos divisiones se manifiesta en las posiciones de los incisivos, en la primera siendo protruidos y en la segunda retruidos (Morales, 2007, págs. 2-3):

- **División 1:** Está caracterizada por la oclusión distal de los dientes en ambas hemiarquadas de los arcos dentales inferiores. Encontramos el arco superior angosto y contraído en forma de V, incisivos protruidos, labio superior corto e hipotónico, incisivos inferiores extruidos, labio inferior hipertónico, el cual descansa entre los incisivos superiores e inferiores, incrementando la protrusión

de los incisivos superiores y la retrusión de los inferiores. No sólo los dientes se encuentran en oclusión distal sino la mandíbula también en relación con la maxila; la mandíbula puede ser más pequeña de lo normal. Se asocia a respiradores bucales, debido a alguna forma de obstrucción nasal.

- **Subdivisión:** Mismas características de la división 1, excepto que la oclusión distal es unilateral.
- **División 2:** Caracterizada específicamente también por la oclusión distal de los dientes de ambas hemiarquadas del arco dental inferior, indicada por las relaciones mesiodistales de los primeros molares permanentes, pero con retrusión en vez de protrusión de los incisivos superiores. La forma de los arcos es más o menos normal, los incisivos inferiores están menos extruidos y la sobremordida vertical es anormal resultado de los incisivos superiores que se encuentran inclinados hacia adentro y hacia abajo.
 - **Subdivisión:** Mismas características, siendo unilateral.

2.2.2.4.4 Clase III

Caracterizada por la oclusión mesial de ambas hemiarquadas del arco dental inferior hasta la extensión de ligeramente más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado (Figura 4). Puede existir apiñamiento de moderado a severo en ambas arcadas, especialmente en el arco superior. Existe inclinación lingual de los incisivos inferiores y caninos, la cual se hace más pronunciada entre más severo es el caso, debido a la presión del labio inferior en su intento por cerrar la boca y disimular la maloclusión. El sistema neuromuscular es anormal encontrando una protrusión ósea mandibular, retrusión maxilar o ambas. El perfil facial puede ser divergente posterior, labial cóncavo. (Morales, 2007, pág. 3).

- **Subdivisión** Mismas características, siendo unilateral.

Estas discrepancias en la oclusión pueden tener su origen en factores genéticos o factores medioambientales. Dentro de los factores medioambientales más comunes tenemos a los malos hábitos orales los cuales son muy comunes en edades tempranas. Si el hábito cuando es consciente no es retirado a tiempo puede llegar a volverse consciente y en esta etapa es mucho más complicado corregirlo. Los padres deben estar siempre vigilantes de los hábitos orales que los niños puedan desarrollar, ellos son quienes dan la primera pauta para cortar de manera temprana el desarrollo y establecimiento de la maloclusión.

2.2.3 Indicadores de salud bucal

Dentro de los indicadores que nos permiten conocer los niveles de salud bucal en la población, tenemos los índices CPO-D y el ceo-d propuestos por la OMS para evaluar la cantidad de caries en dentición permanente y decidua respectivamente.

2.2.3.1 Indicadores de caries dental

2.2.3.1.1 Indicador de caries dental CPO-D

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EE. UU., en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados (Fernández, y otros, 2016).

2.2.3.1.2 Indicador de caries dental ceo-d

En los niños se utiliza el ceo-d (dientes temporales) en minúscula. Es el índice CPO adoptado por Gruebbel para dentición temporal en 1944. Se obtiene de igual manera, pero considerando solo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados. Se consideran 20 dientes (Fernández, y otros, 2016).

2.2.3.1.3 Análisis e interpretación del CPO-D y ceo-d.

El valor individual se obtiene de la sumatoria de piezas dentarias permanentes cariadas, obturadas y perdidas, incluyéndose las extracciones indicadas debido a caries dental. Este índice a los 12 años es el más usado. Mientras que el valor grupal o comunitario, corresponde al promedio de los valores individuales para el total de personas examinadas (Changoluisa, 2017).

Para un análisis e interpretación de índices grupales CPOD y ceod, se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en por ciento o promedio, con la finalidad de establecer las tendencias poblacionales y las necesidades de tratamiento en cada grupo (Changoluisa, 2017).

Tabla 1. Cuantificación de los índices: CPOD-ceod. Fuente. OMS (1996).

<u>Resultados</u>	<u>Valoración</u>
0.0 – 0.1	Muy bajo
1.2 – 2.6	Bajo
2.7 – 4.4	Moderado
4.5 – 6.5	Alto
Mayor 6.6	Muy alto

2.2.3.2 Indicadores de salud periodontal

En la historia clínica única de odontología (forma 033) del Ministerio de salud pública del Ecuador, encontramos en la barra 07 los “Indicadores de salud bucal”, en el cual se realiza una evaluación de la presencia de placa, cálculo y gingivitis de piezas específicas.

En la Columna Piezas Dentales se marcará con X en cada celda, al lado de cada pieza, para identificar que la pieza ha sido examinada. Se continúa en la misma fila para registrar en números en las columnas contiguas de placa, cálculo y gingivitis, el grado de cada problema que el odontólogo llegue a diagnosticar en cada pieza examinada, como se describe en el siguiente ejemplo (MSP, 2008):

Tabla 2. Niveles de higiene oral simplificada.

<u>PIEZAS DENTALES</u>				<u>PLACA</u> <u>BACTERIANA</u> <u>0-1-2-3</u>	<u>CÁLCULO</u> <u>0-1-2-3</u>	<u>GINGIVITIS</u> <u>0-1</u>
16	X	17	55	1	0	1
11		21	X 51	0	0	0
26	X	27	65	1	1	1
36	X	37	75	1	0	1
31		41	X 71	0	0	1
46		47	X 85	1	1	1

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Los parámetros para cada problema se describen en el siguiente cuadro (MSP, 2008):

Tabla 3. Descripción de los parámetros de higiene oral simplificada.

<u>PLACA BACTERIANA</u>	<u>CÁLCULO</u>	<u>GINGIVITIS</u>
0= Ausencia	0= Ausencia	0= Ausencia de sangrado

1= Placa a nivel del tercio gingival	1= Cálculo Supragingival	1= Presencia de sangrado
2= Placa hasta el tercio medio	2= Cálculo Subgingival	
3= Placa en toda la superficie de la pieza	3= Cálculo Sub y Supragingival	

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Cuando la pieza seleccionada en la primera columna no esté presente en boca, se examinará la pieza de al lado, y se regresará a la primera columna para continuar la secuencia vertical, como se describe en el primer ejemplo. La sumatoria se realizará por columna, de manera vertical y el total se divide para el número de piezas examinadas, y ese resultado obteniéndose que es el promedio, se anotará en la fila de TOTALES, tanto para placa, cálculo y gingivitis (MSP, 2008).

2.2.3.3 Indicadores de maloclusión y fluorosis dental

En la misma barra 07 denominada “indicadores de salud bucal” hay un apartado donde se marca la presencia de maloclusiones y fluorosis dentales.

2.2.3.3.1 Indicadores de maloclusión

En esta sección vamos a marcar con una “X” el tipo de Mal Oclusión que se observa a nivel general y se divide en tres campos, los cuales se detallan en la siguiente gráfica (González & Romero, 2016):

Tabla 4. Maloclusión dental según Angle

<u>MALOCLUSIÓN</u>	
ANGLE I	X
ANGLE II	
ANGLE III	

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

2.2.3.3.2 Indicadores de fluorosis dental

En esta sección vamos a marcar con una “X” el tipo de Fluorosis que se observa a nivel general y se divide en tres campos, los cuales se detallan en la siguiente gráfica

(González & Romero, 2016):

Tabla 5. Fluorosis dental

<u>FLUOROSIS</u>	
LEVE	X
MODERADA	
SEVERA	

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

2.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA

Campo: Parroquia Manantiales, ciudad de Montecristi provincia de Manabí.

Área: Odontología para Pacientes con Discapacidad.

Aspecto: Salud – Social.

Tema: Condiciones de salud bucal en pacientes con discapacidad motora.

Propuesta: Mejorar la calidad de vida de los pacientes con discapacidad motora que asisten al Subcentro “Manantiales” del cantón Montecristi provincia de Manabí.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Tabla 6. Operacionalización de las Variables

<u>Objetivos Específicos</u>	<u>VARIABLES</u>	<u>Dimensiones</u>	<u>Indicadores</u>	<u>Ítems</u>
Identificar el índice de caries a través del CPO-D y ceo-d de los pacientes con discapacidades motoras atendidas en el Subcentro “Manantiales”.	Caries	Prevalencia de caries	<ul style="list-style-type: none"> • Índice CPO-D • Índice ceo-d 	Historia clínica 033
Analizar los índices de enfermedad periodontal en estos pacientes.	Enfermedad periodontal	Índices de enfermedad periodontal	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderada • Severa 	Historia clínica 033
Establecer la presencia de maloclusiones.	Maloclusiones	Maloclusiones según Angle	<ul style="list-style-type: none"> • Angle I • Angle II • Angle III 	Historia clínica 033
Establecer la presencia de fluorosis dental.	Fluorosis dental	Presencia de fluorosis dental	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderada • Severa 	Historia clínica 033

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio utilizado en este proyecto es observacional de tipo descriptivo, ya que permitió la recolección de datos los cuales servirán para conocer las condiciones de salud bucal de pacientes con discapacidad motora atendidos en el Subcentro “Manantiales” del cantón Montecristi provincia de Manabí.

(Méndez, Mendoza, Vértiz, & Acevedo, 2013), sobre los estudios descriptivos afirman que: “Sirven para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos”.

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación es de tipo no experimental de campo debido a que esta solo recopilará datos sin manipular o influir directamente en las variables del estudio.

La investigación de campo es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información, pero no altera las condiciones existentes. De allí su carácter de investigación no experimental (Arias, 2012).

A su vez de tipo transeccional debido a que los datos que establezcan las condiciones de salud bucal de los pacientes con discapacidad motora serán recopilados una sola vez en un solo periodo de tiempo.

Los diseños transeccionales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. El procedimiento consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades, etc., y proporcionar su descripción. Son, por tanto, estudios puramente descriptivos y cuando establecen hipótesis, éstas son también descriptivas (de pronóstico de una cifra o valores) (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

3.3 POBLACION Y MUESTRA

3.3.1 Población

La comunidad de manantiales cuenta con una población de 2.301 habitantes de los cuales 90 son discapacitados, el universo de estudio está conformado por los pacientes con discapacidad motora, a quienes se les realizó exploración clínica e historia clínica en el Subcentro de la parroquia Manantiales del cantón Montecristi.

Las características de la población en estudio son similares en lo referente a sus particularidades socioeconómicas, ya que en su mayoría son personas que no tienen acceso a la atención odontológica privada y asisten al Sub-Centro de Salud Odontológica de la comunidad Manantiales.

3.3.2 Muestra

La muestra será obtenida de aquellos pacientes que presenten los siguientes criterios de inclusión, se incluye informe tabulado de Historias Clínicas 033.

3.3.3 Criterios de inclusión

- Edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, clasificación epidemiológica en cuanto a salud bucal, problemas de salud bucal.
- Pacientes cuyos padres autoricen la realización de esta investigación.

- Pacientes con problemas físicos o psíquicos de consideración.

3.3.4 Criterios de exclusión

- Pacientes sin Discapacidad Motora.

3.4 Procedimientos e Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento empleado para la siguiente investigación es la Historia Clínica 033 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Este se aplicará de manera personalizada a cada uno de los pacientes que se encuentre con criterios de inclusión, para así determinar cuáles son las condiciones de salud bucal de dicha población en el sitio Manantiales.

3.4.1 Métodos de recolección de la información

Este se recopilará de manera que permita revelar datos precisos e indispensables que se manifiestan en estos procesos y en el transcurso del desarrollo de nuestra muestra.

3.4.2 Validez del instrumento

El instrumento tiene una validez de contenido, ya que es la Ficha Clínica 033 utilizada en el Subcentro y en todos los Centros de Salud del Ecuador, para recopilar información del Estado de Salud Bucal y general de los pacientes.

3.4.3 Procesamiento de la información

Los datos que se obtuvieron en la investigación fueron tabulados y analizados por el investigador.

Para el análisis estadístico de los resultados se empleó el método matemático, una Laptop Acer, con ambiente de Windows Vista. Los textos se procesaron con Microsoft Word y los datos en Excel. Los resultados se presentan en tablas y gráficos mediante números absolutos y porcentaje.

Aspectos éticos: se le anunció a la institución los objetivos e intenciones del estudio para obtener el consentimiento, así como a los pacientes, representantes legales o padres que participaron.

CAPITULO IV

4. ANALISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSION

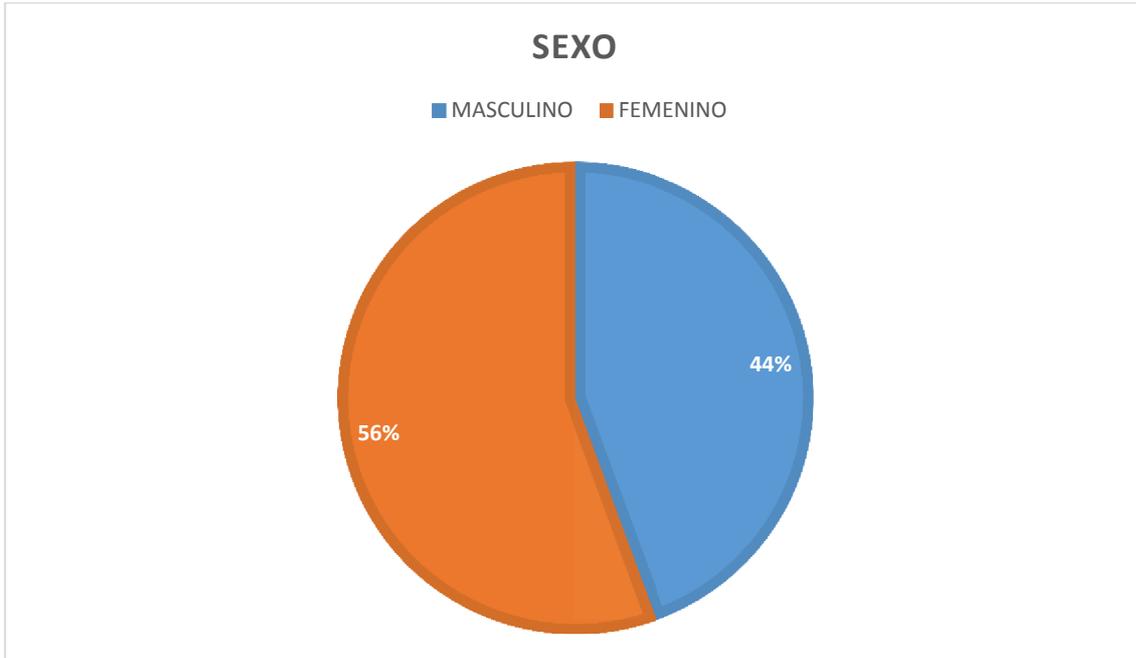
4.1 Análisis de Resultados

Las siguientes tablas y gráficos corresponden a la información obtenida a través de la Historia Clínica 033 del Ministerio de Salud Pública, realizada a los pacientes con discapacidad motora.

1. Tabla y gráficos con la lista de Pacientes con Discapacidad Motora atendidos en el Subcentro

Nombres y apellidos	Sexo	Índice CPO - ceo	Edad	Clasificación de Angle	Fluorosis	Enfermedad Periodontal
Castillo Anchundia Martha Natividad	F	C1 P9 O4	68	2	Leve	Leve
Castro Santana María Fernanda	F	C3 P - O - C3 E - O -	7	1	Leve	Leve
Delgado Mantuano Sixto Tulio	M	C17 P - O -	57	1	Leve	Moderada
Espinal Mero Nelson Enrique	M	C1 P2 O12	30	1	Leve	Leve
Flores Flores José Luis	M	C1 P4 O -	16	1	Leve	Moderada
Mantuano Flores Ignacia	F	C6 P9 O -	37	1	Moderada	Severa
Sánchez Anchundia María Piedad	F	C9 P2 O -	61	1	Leve	Leve
Santana Barcia Jesús Medardo	M	C6 P21 O -	47	2	Leve	Moderada
Santana Menoscal Anabel Cecilia	F	C9 P3 O -	27	1	Leve	Moderada

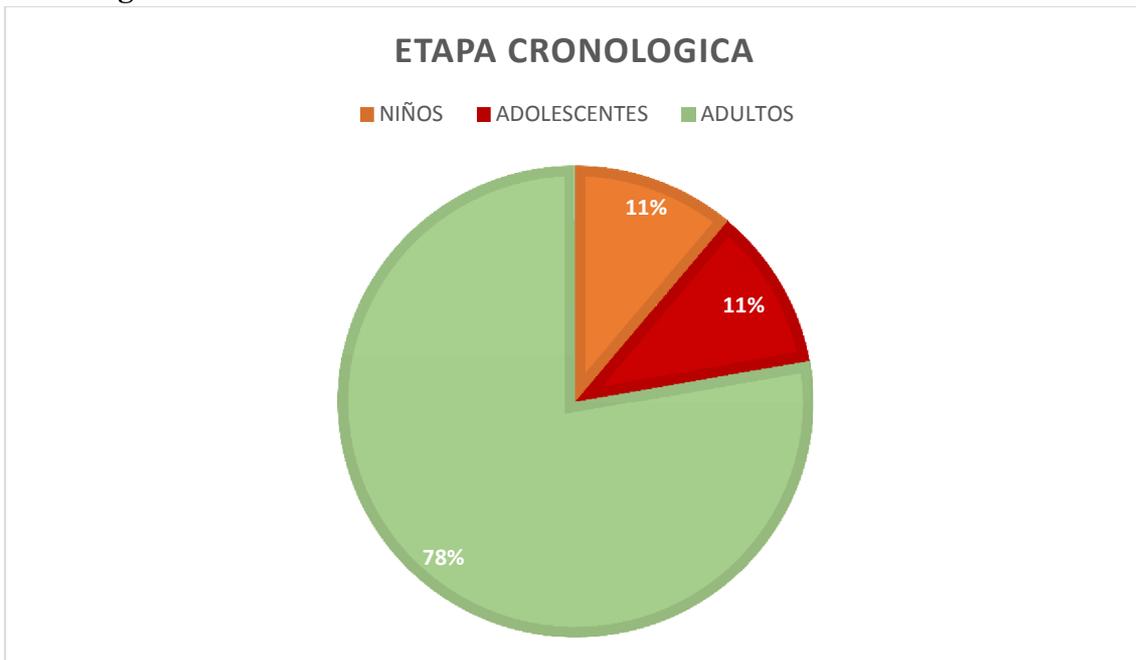
2. Gráfico de presencia Malas Condiciones Bucales clasificados por Sexo



Fuente: Historias Clínica 033 del Subcentro en la comunidad Manantiales

Interpretación: este gráfico nos muestra la distribución por sexo de los pacientes con discapacidad motora en la comunidad Manantiales.

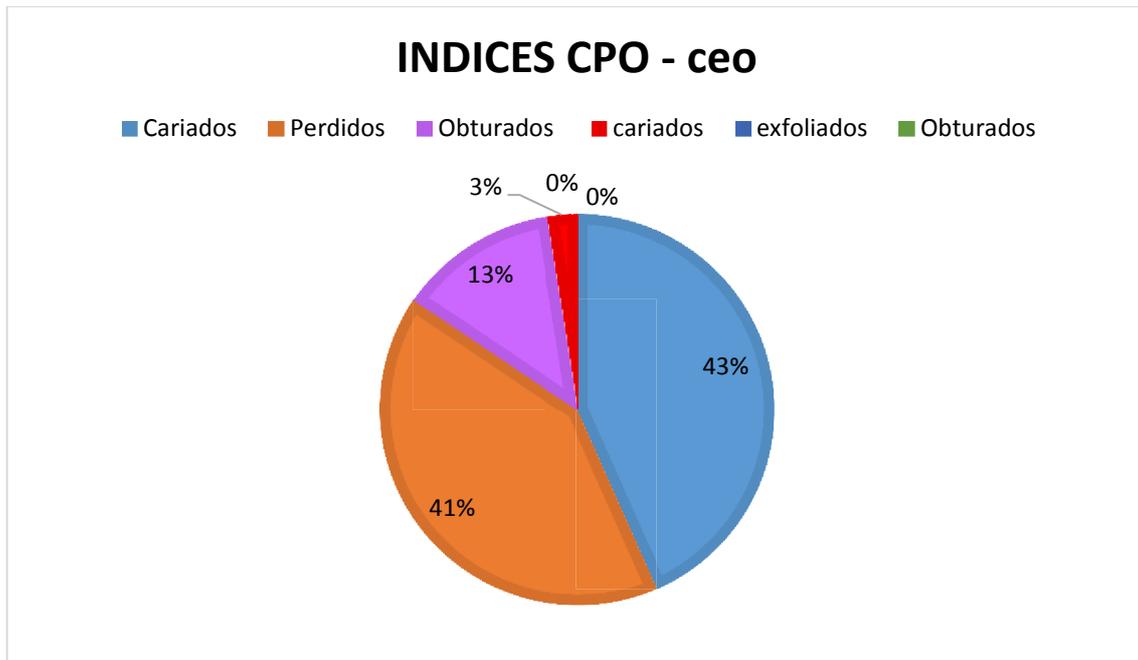
3. Gráfico de presencia Malas Condiciones Bucales clasificados por Etapa Cronológica



Fuente: Historias Clínica 033del Subcentro en la comunidad Manantiales

Interpretación: este grafico nos muestra la distribución por etapa cronológica de los pacientes con discapacidad motora en la comunidad Manantiales.

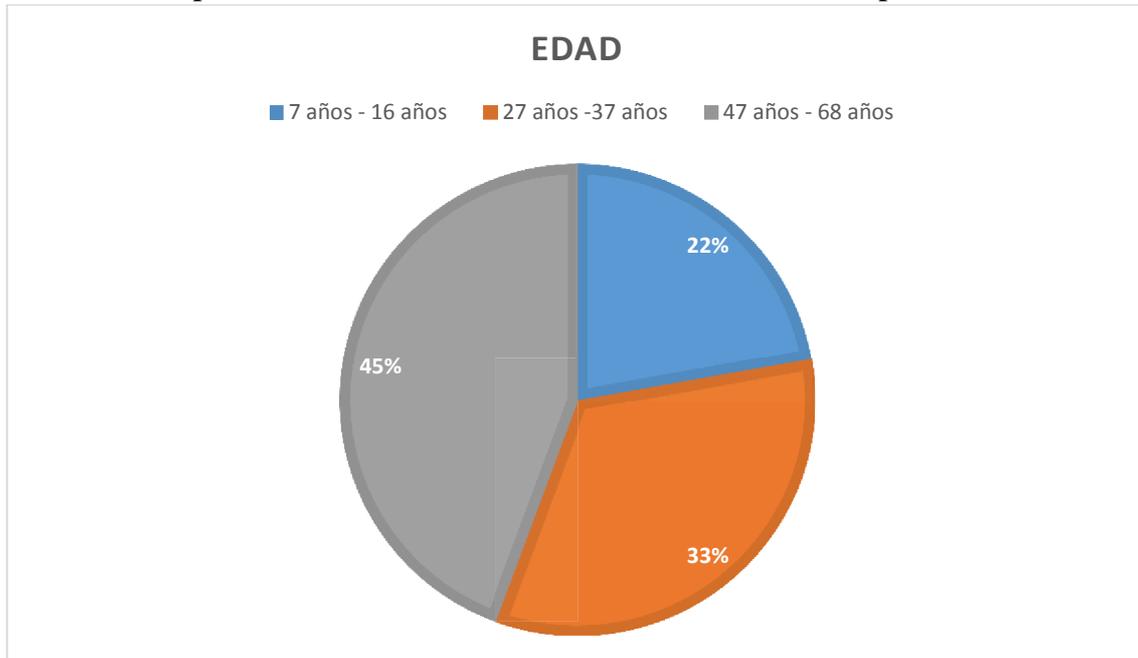
4. Gráfico de presencia Malas Condiciones Bucales clasificados por INDICES CPO - ceo



Fuente: Historias Clínica 033del Subcentro en la comunidad Manantiales

Interpretación: este grafico nos muestra la distribución por **Índice de CPO – ceo**, de los pacientes con discapacidad motora en la comunidad Manantiales.

5. Gráfico de presencia Malas Condiciones Bucales clasificados por Edad



Fuente: Historias Clínica 033 del Subcentro en la comunidad Manantiales

Interpretación: este gráfico nos muestra la distribución por Edad de los pacientes con discapacidad motora en la comunidad Manantiales.

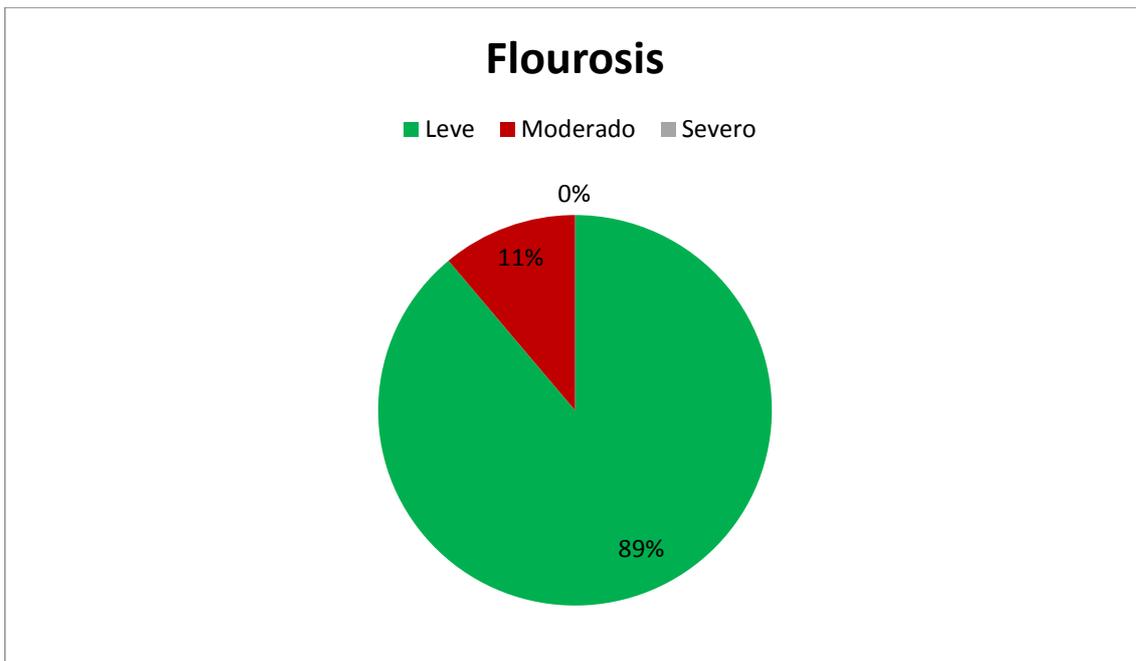
6. Gráfico de presencia Malas Condiciones Bucales clasificados por Clasificación de Angle



Fuente: Historias Clínica 033 del Subcentro en la comunidad Manantiales

Interpretación: este grafico nos muestra la distribución por **Clasificación de Angle**, de los pacientes con discapacidad motora en la comunidad Manantiales.

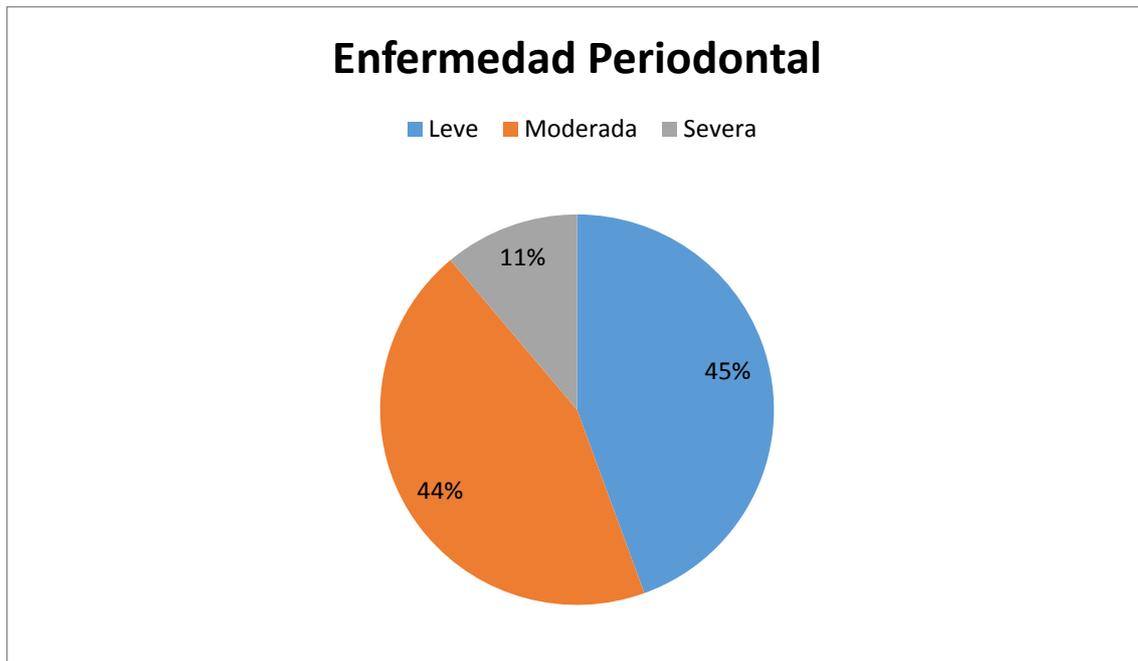
7. Gráfico de presencia Malas Condiciones Bucales clasificados por Fluorosis



Fuente: Historias Clínica 033del Subcentro en la comunidad Manantiales

Interpretación: este grafico nos muestra la distribución por Fluorosis, de los pacientes con discapacidad motora en la comunidad Manantiales.

8. Gráfico de presencia Malas Condiciones Bucales clasificados por Enfermedad Periodontal



Fuente: Historias Clínica 033 del Subcentro en la comunidad Manantiales

Interpretación: este gráfico nos muestra la distribución por **Enfermedad Periodontal**, de los pacientes con discapacidad motora en la comunidad Manantiales.

4.2 CONCLUSIÓN

La distribución de la población según edad y sexo en este estudio mostró predominio del sexo femenino sobre el masculino y el grupo de edad más representativo fue el de 47 a 68 años.

En relación con los Índices de CPO – ceo encontramos cariados en adultos en un 43% y perdidos 41% con solo un 13% de obturados, en los niños solo un 3% de cariados.

Entre la clasificación de Angle hubo un 78% Clase I, un 22% Clase II y la clase III no tiene prevalencia. En la enfermedad periodontal encontramos un 45% leve, 44% moderada y 11% severa, predominando en los adultos.

La Fluorosis dental se encontró en un 89% Leve y 11% Moderado, mientras que severo no se observó.

Esto pudiera estar dado por las desventajas que tienen estos pacientes por la incapacidad de dar una correcta higiene.

La clasificación epidemiológica de enfermo predominó sobre las demás. Se presume en este trabajo que los antecedentes de la presencia de caries, además de otros factores, está incorporado al cepillado erróneo y a la dieta cariogénica conservada, haciéndolos idóneos a seguir sobrellevando las caries dentales. También predominaron los enfermos por la falta de preocupación de los pacientes y familiares a cargo de estos, por mantener su salud bucal, y también por el abandono por parte del Odontólogo originado por la falta de cooperación del paciente. Según juicio de los ensayistas, los pacientes también le quitan importancia a la salud bucal.

El análisis de la información del estado de salud bucodental evidenció mejores condiciones de salud bucal en los escolares con discapacidad motora que los adultos.

4.3 Recomendaciones

Luego de lo estudiado y de la información recolectada es recomendable fomentar más activamente la promoción de la salud hacia la comunidad en especial la información sobre las técnicas de cepillado correctas para este tipo de pacientes, que los familiares solo se preocupan del estado físico restándole importancia a la Salud Bucal.

Anexos

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
ZONA 4
DIRECCION DISTRITAL: 13002 -
JARAMILLO - MANTA - MONTECRISTI - SALUD

ESTABLECIMIENTO: **C.S. MANAVALCAY** NOMBRE: **SEYDIA TOLO** APELLIDO: **DEFOZDO** NOMBRE: **HANILDA** EDAD: **4** N° HISTORIA CLINICA: **908**

1 MOTIVO DE CONSULTA: **POR OMR (LITIGIO)**

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL: **ASIA DITA (LITIGIO)**

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: **Historia de caries en dentales**

4 SIGNOS VITALES: **TA 72** **TEMPERATURA 37** **F. RESPIRATORIA 14**

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO: **Sin patologías Macromórficas**

6 ODONTOGRAMA: (Radiographs showing dental status with red markings on premolars and molars)

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL:

TIENE ORAL SIMPLIFICADA					ENFERMEDAD PERIODONTAL			MAL OCLUSIÓN			FLUOROSIS		
PREZAS DENTALES					LEVE	ANGULO I		LEVE					
18	17	16	15	14	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
21	22	23	24	25	2	2	2	2	2	2	2	2	2
31	32	33	34	35	2	2	2	2	2	2	2	2	2
41	42	43	44	45	2	2	2	2	2	2	2	2	2
TOTAL					2	2	2	2	2	2	2	2	2

8 INDICES CPO-cap:

	c	p	o	TOTAL
D	12	0	0	12
d	-	-	-	-

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA:

- *₁₈ - BILANTE DEZARRO
- *₂₁ - BILANTE REALIZADO
- X₁₈ - EXTRUSION NEGADA
- X₂₁ - PERDIDA POR LINEAS
- ⊗ - PERDIDA SIN CAUSA
- △ - ENFERMEDAD
- - PROTESIS TOTAL
- - BRANCA
- - BRN - IMPRINTO
- - REP - CAPAS
- - PROTESIS TOTAL
- - BRN - IMPRINTO
- - REP - CAPAS

SVS-MSP / HCU Form 1337 2008 ODONTOLOGÍA (1)

ESTABLECIMIENTO: C.S. Manantiales NOMBRE: Jesús Medando APELLIDO: Santana Parra SEXO: M N. HISTORIA CLÍNICA: 00479

1 MOTIVO DE CONSULTA
Quiere sacarse una muela.

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
Asintomático.

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES
No refiere

4 SIGNOS VITALES
PRESIÓN ARTERIAL: 12/59 FRECUENCIA CARDÍACA: 72 TEMPERATURA: 36°C F. RESPIRATORIA: 16

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO
Sin patología aparente.

6 ODONTOGRAMA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
				LEVE	ÁNGULO I	LEVE
				MODERADA	ÁNGULO II	MODERADA
				SEVERA	ÁNGULO III	SEVERA
16	17	86				
11	21	81	/			
39	37	89	/			
36	31	76	/			
71	41	71	/			
46	47	86	/			
TOTALES						

8 INDICES CPO-cep

	c	p	o	TOTAL
D				
d				

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

- *₁ BELLANTE NECESARIO
- *₂ BELLANTE REALIZADO
- X₁ EXPANSIÓN PERMANENTE
- X₂ BARRERA POR CARIES
- ⊗ PERDIDA DE CARIES
- △ INCIZIÓN
- PROTESIS FJA
- PROTESIS REMOVIBLE
- ▬ PROTESIS TOTAL
- TORNO
- BULI
- ORO
- CARIES

BNS-MSP / HCU-Form.633/ 2008 ODONTOLÓGIA 16



Realización de Exploración Clínica en el Subcentro Manantiales



BIBLIOGRAFÍA

- Arias, Fidas G. (2012). El Proyecto de Investigación: Introducción a la metodología científica. México. Editorial Episteme.
- Bascones Martínez A. & Figuero Ruiz E. Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. *Av Periodon Implantol.* 2005; 17, 3: 147-156. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v17n3/147enfermedades.pdf>.
- Botero JE, Bedoya E. Determinantes del Diagnóstico Periodontal. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral* Vol. 3(2); 94-99, 2010. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v3n2/art07.pdf>
- Chango Luisa López Gabriela Estefanía (2017). Prevalencia de caries y su relación con el nivel de conocimiento en salud bucal, en representantes de estudiantes asistentes a la unidad educativa dolores cacuango, cayambe 2015, proyecto de promoción comunitaria. Proyecto de investigación presentado como requisito previo a la obtención del título de Odontóloga. Universidad Central del Ecuador. Quito – Ecuador. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/9913/1/T-UCE-0015-622.pdf>
- Cobas Ruiz, Marcia, Zacca Peña, Eduardo, Morales Calatayud, Francisco, Icart Pereira, Emelia, Jordán Hernández, Aida, & Valdés Sosa, Mitchel. (2010). Caracterización epidemiológica de las personas con discapacidad en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4), 306-310. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v17n3/147enfermedades.pdf>
- Consejería de salud (2010). Trastornos del desarrollo con discapacidad motora: proceso asistencial integrado. Recuperado de: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1337160239trastornos_discapacidad_motora.pdf
- Consejo nacional de fomento educativo (CONAFE). Discapacidad motriz Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica. Disponible:

https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion_educativa/Motriz/2discapacidad_motriz.pdf

- Doncel, C. Vidal, M. & Del Valle Portilla, M. Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. Revista Cubana de Medicina Militar 2011;40(1):40-47. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v40n1/mil06111.pdf>
- Gispert Abreu Estela de los Ángeles. (2011). Personas con necesidades especiales. Revista Cubana de Estomatología, 48(1), 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000100001
- González, R. & Romero, J. (2016). Desarrollo del formulario 033-odontología del ministerio de salud pública aplicando arquetipos basados en la norma ISO 13606 para la interoperabilidad de los sistemas hospitalarios. Previa a la obtención del Título de: Ingeniero en sistemas computacionales. Universidad de Guayaquil. Guayaquil - Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/17664/1/UG-FCMF-B-CISC-PTG.1208.pdf>
- Hernández, Roberto; Fernández, Carlos; Baptista, María del Pilar. (2014). Metodología de la investigación. México. McGraw Hill,
- Idaira Y, Nomura Y, Tamaki Y, Katsumura S, Kodama S, Kurata K, & Asada Y. (2008). Factores que afectan la condición oral de pacientes con discapacidades motoras e intelectuales severas. Oral Dis. 2008 jul; 14(5): 435–439. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18208475>
- Kumar S, Sharma J, Duraiswamy P, Kulkarni S. Determinates for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. J Indian Soc Pedod Prevent Dent. 2009; 27(3): 151-157. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19841546>
- Marulanda, J. Betancur, J. Espinosa, S. Gómez, J. & Tapias, A. (2011). Salud oral en discapacitados. CES Odontología; Vol. 24, No 1. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1477>

- Matesanz-Pérez P, Matos-Cruz R, Bascones-Martínez A. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. Av Periodon Implantol. 2008; 20, 1: 11-25. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original1.pdf>
- Méndez, Luis; Mendoza, Francisco; Vértiz, Karla; Acevedo, Jesús. (2013). Metodología de la investigación para estudiantes de Odontología. México D.F: Plaza y Valdés editores.
- Mina Bedoya Carina Elizabeth. Estado de salud bucodental de niños con discapacidad del Instituto de Educación Especial del Norte (IEEN) y su asociación con el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral Trabajo de Titulación previo a la obtención de Odontóloga. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/6797/1/T-UCE-0015-352.pdf>
- Ministerio de salud pública del ecuador (2008). Manual de Uso del Formulario 033 Historia clínica única de odontología. Recuperado de: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/HISTORIA%20CL%C3%8DNICA%20%C3%9ANICA%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>
- Morales, M. (2008). Patologías bucodentales y alteraciones asociadas prevalentes en una población de pacientes con parálisis cerebral infantil. Acta Venezolana Odontológica. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/1/patologias_bucodentales.asp
- Murrieta, J. Chargoy, M. & Meléndez, A. Prevalencia de caries dental en una población en edad preescolar. Revista Especializada en Ciencias de la Salud, 4(1-2): 30-36. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/viewFile/33082/30296>
- Núñez, D. & García, L. (2010). Bioquímica de la caries dental. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 9(2), 156-166. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000200004

- Ortega, E. Aranza, O. Prevalencia y algunos factores de riesgo de caries dental en el primer molar permanente en una población escolar de 6 a 12 años. Revista ADM 2017; 74 (3): 141-145. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2017/od173f.pdf>
- Pérez, N. Alarcón V. Ferreira, M. Díaz, C. Duré, P. Andriotti, N. Moreno, D. Luis Galeano; Mora, A. Insfrán, L. & Jara, R. Estado de salud oral en discapacitados residentes en la Fundación Pequeño Cottolengo Don Orione, Paraguay. Int. J. Odontostomat., 10(1):69-74, 2016. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v10n1/art12.pdf>
- Sáez, U. Castejón, I. Molina, A. & Roncero, M. (2008). Estudio epidemiológico de Salud Bucodental en pacientes con Parálisis Cerebral. Revista Clínica de Medicina de Familia, 2(5), 206-209. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000300003
- Zamora, I.M, Cornejo, S. Salud bucal de escolares con discapacidad motora y retraso intelectual asociado. Huellas. 2014;2(4) Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/5471>