

INTRODUCCION

Mi inquietud por realizar el trabajo de investigación para la tesis, no solo se basa en cumplir con un requisito más para obtener el grado académico de Licenciado en odontología, si no el de colaborar e informar de todos los hallazgos obtenidos en esta investigación y lógicamente expresar mis más sinceros agradecimientos a la Facultad por las enseñanzas que me brindó en sus aulas y el aprendizaje que pude adquirir en ella.

El objetivo fundamental es brindar los datos estadísticos a cerca de la prevalencia e incidencia de caries en la población discapacitada de nuestro departamento.

Mi propósito está centrado en dar una voz de alarma respecto a esta afección y hacer conocer la magnitud que alcanza en este tipo de pacientes, para que con esta base prosigan las investigaciones a nivel local, departamental y nacional; luego se busque mediante las Instituciones correspondientes los medios adecuados para poder instaurar un plan de tratamiento preventivo y de rehabilitación, para obtener un nivel de salud oral óptimo en estas personas que por los azahares de la vida

tienen una serie de deficiencias tanto mentales como físicas.

Para los odontólogos con deseo de ayudar a estas personas es un reto, ya que conocedores de sus limitaciones en el tratamiento preventivo y restaurador se enfrentarían con mayores dificultades y desde luego el profesional debe estar capacitado para enfrentar estas adversidades.

Todos estamos conscientes de que la caries es una de las afecciones que se encuentra con mayor frecuencia en la población normal y también somos conocedores de su etiología, entonces ¿por qué no brindar nuestro apoyo incondicional a estas personas discapacitadas que casi toda la población trata de ignorarlas y siempre son marginadas?.

ANTECEDENTES

Los aspectos enunciados en la introducción fueron la primera motivación que me incentivó a realizar éste trabajo, ya que no encontré nada que me indique que alguien o alguna organización en el campo de la odontología se haya preocupado del tema.

Los profesionales se han dedicado casi exclusivamente al problema disminuyente o médico, caso contrario en tratar al niño enseñándole a desenvolverse en el medio para que logre integrarse a la sociedad y sea aceptado en los diferentes grupos sociales.

Pero no existe por lo menos en Tarija bibliografía que justifique que se hayan hecho trabajos o estudios en la cavidad bucal de estas personas discapacitadas para un estudio del problema odontológico y del problema de rehabilitación como tal.

CONCEPTO

La medicina en general y la salud pública en particular no hacen discriminaciones de atención en sus diferentes niveles de aplicación, por lo tanto no debemos considerar a los pacientes discapacitados o también llamados "especiales y minusvalidos" como seres o individuos anormales y fuera del contexto de lo que significa salud.

JUSTIFICACION

Todos los trabajos de investigación a cerca de la caries han demostrado que es una patología que afecta al 98% de la población, especialmente a la que se encuentra en edad escolar.

Los tratamientos de profilaxis y prevención en países desarrollados nos informan de una disminución de caries en personas normales, ahora conocedores de estos logros; ¿por qué no podemos luchar a favor de estas personas discapacitadas?, ya que necesitan de nuestra ayuda profesional por el hecho de no contar con todas las funciones normales y de capacidad para asimilar un método de prevención adecuada por si solos, en la mayoría de los casos necesitan el apoyo de personal multidisciplinario especializado para cooperar en actividades de ejercitación especialmente normales.

OBJETIVOS GENERALES

- * *Obtener datos estadísticos de prevalencia e incidencia de caries en personas discapacitadas y de acuerdo al grado de disfunción física y mental.*

- * *Generar una suerte de motivación en los profesionales odontólogos para llegar efectivamente a este numeroso grupo de personas que no está siendo atendida por nadie.*

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- * *Determinar mediante los índices CPO-D y CEO-D la prevalencia e incidencia de caries-dientes perdidos-dientes obturados en las personas discapacitadas.*

- * *Con los resultados obtenidos dar a conocer la realidad epidemiológica de esta enfermedad en nuestro departamento.*

- * *Coordinar y programar actividades que tiendan a disminuir la ocurrencias de enfermedades buco-dentales.*

* Conformer el mapa epidemiológico departamental de caries e incentivar la formación del mapa epidemiológico nacional que darán una pauta para realizar programas de prevención coordinando con las Instituciones dedicadas a la preservación de la salud pública y en particular de la cavidad oral, sean éstas gubernamentales nacionales o extranjeras y con las organizaciones que se ocupan de este tipo de personas.

CAPITULO I
SALUD BUCAL

SALUD BUCAL

Basandonos en el concepto de la O.M.S. la salud bucal es el perfecto estado físico y funcional de las estructuras orales. Los problemas de la salud bucal está comprobado que son un factor desencadenante para la complicación de la salud general del individuo involucrando factores físicos, mentales y sociales.

Entre las enfermedades que más daño causan a las estructuras maxilo-bucodentales y que alteran su funcionalidad son: La caries, los problemas periodontales y las maloclusiones, afecciones que son más acentuadas en las personas que carecen de todas las funciones para realizar un plan de tratamiento preventivo y de restauración adecuada.

Frente a este problema, la ciencia moderna permite a los odontólogos contar con adecuadas técnicas, equipamientos, insumos y medicamentos para curar la caries dental.

A pesar de la avanzada tecnología, el daño es tan grande que es imposible darle solución con los medios curativos existentes.

La tendencia mundial es orientar los esfuerzos individuales y colectivos hacia la prevención de las enfermedades, antes que la curación, ya que en personas discapacitadas es más complicado realizar el tratamiento de restauración; por esta razón se trata de hacer la prevención en forma individual y colectiva.

CAPITULO II

**PATOLOGIAS INDIVIDUALES DE
LOS PACIENTES OBSERVADOS**

PATOLOGIAS INDIVIDUALES DE LOS PACIENTES OBSERVADOS

SORDERA

Es un estado patológico del órgano auditivo lo que se constituye en una disminución física que puede producirse en forma moderada o total.

ETIOLOGIA

a Sordera adquirida en el vientre materno.-

Producida por agentes infecciosos, tóxicos o traumáticos durante la fecundación o el desarrollo pre-natal como no hay lesión del gen no se transmite a la nueva generación.

a Sordera adquirida después del nacimiento.- Es

la producida por lesiones infecciosas, tóxicas o traumáticas en los órganos auditivos como por ejemplo: Un golpe en la región temporal, elevadas dosis de antibióticos (estreptomicina).

a Sordera Hereditaria. - Existe alteración del gen del individuo que se transmite según las posibles combinaciones de los genes, también pueden ser hereditarias por consanguinidad.

También aveces es más fácil conocer el origen específico de la sordera, ya que puede ser provocada por meningitis, otitis, sarampión, etc.

CEGUERA

Se denomina a la privación o la pérdida de la vista que puede presentarse en el período pre o post natal afectando así el desarrollo de los demás sentidos y también pueden presentarse en la edad senil por factores de declive bio-fisiológico del organismo.

ETIOLOGIA

Puede ser:

- *Prenatales.- Entre estos tenemos la atrofia óptica, micro-oftalmia, cataratas, tumores, dermoides, toxoplasmosis, sífilis, rubeola, meningitis, tuberculosis, etc.*

- *Post-natales.- Pueden producirse por traumas, hipertensión, prematurez, leucemia, diabetes, etc.*

HEMOFILIA

Es una enfermedad hereditaria que se singulariza por la propensión a las hemorragias que casi siempre son provocadas.

Estas se producen por fallas en el mecanismo de coagulación de la sangre que se manifiesta solamente en hombres pero se transmiten por medio de las mujeres.

Se presenta en la niñez, es menos frecuente en la pubertad y por lo general desaparece a los 30 años.

ETIOLOGIA

Es variada y entre las cuales tenemos: por consanguinidad, es decir hijos de matrimonios entre parientes y por incompatibilidad de grupos sanguíneos , como también puede ser de origen hereditario

POLIOMIELITIS

Es conocida como parálisis infantil o enfermedad de HEINE MEDIN es una enfermedad infecciosa, aguda producida por un virus filtrable específico que ataca con preferencia las astas anteriores de la sustancia gris y los núcleos de los nervios craneomotores, las complicaciones paralíticas precoces o tardías son de predilección en los niños aunque puede presentarse a cualquier edad la edad predilecta es en niños menores de 5 años casi exclusivamente.

Pero hoy en el día no se le presta mucha importancia en el campo odontológico debido a que en los últimos años esta enfermedad ha sido erradicada.

PALADAR Y LABIO FISURADO

Son las deformaciones congénitas más comunes en el hombre el labio leporino así como el paladar hendido son deformidades que frecuentemente están asociadas, pero así como otras pueden suceder u ocurrir aisladamente.

El labio leporino es una malformación presentada en forma de una V invertida, y se presenta con mayor frecuencia en el labio superior y es más raro ver en labio inferior, puede presentarse uni o bilateralmente pero es más común al lado izquierdo, esta anomalía se presenta de diferentes grados desde una ligera hendidura a verdaderas fisuras en toda su altura.(colobonia facial).

ETIOLOGIA. -

Es desconocida y se atribuye a factores ambientales y hereditarios, también son tomados en cuenta factores toxi-infecciosos como el alcoholismo, drogas, sífilis, malaria, leishmaniasis, difteria, neumonía, escarlatina y rubéola.

Entre otras posibles causas tenemos placenta previa, diabetes y desnutrición.

PARALISIS CEREBRAL

Es el resultado de una serie de condiciones que alteran el funcionamiento normal del sistema neuromuscular durante el período del desarrollo del sistema nervioso central.

ETIOLOGIA. -

Puede ser provocado por defectos cerebrales congénitos, enfermedades degenerativas endócrinas, neoplasia, toxinas, drogas, como también traumatismos hipóxias o infecciones o también pueden ser de etiología desconocidas.

SINDROME DE DOWN

Esta patología fue descrita en el año 1846 y fue estudiada por Longdon Down que la caracterizó como una anomalía que posee retardo mental, anomalías congénitas y facies características.

Down le atribuye semejanza fisonómica muy grande con habitantes de Mongolia.

En 1876 se estableció la mayor incidencia de mongolismo con el avance de la edad materna.

En 1939 se decía que el mongolismo sería el resultado de una alteración cromosómica, fenómeno que consiste en la incorporación de un mismo de dos cromosomas que debieron dividirse en núcleos diferentes durante la fase de meiosis.

Existe una trisomía en el par cromosómico Nº 21 que implica un exceso de genes que intervienen en la producción de enzimas, resultando entonces una hiperactividad metabólica la cual sería responsable del mongolismo.

ETIOLOGIA.-

Su origen es genético vinculado a la presencia de un cromosoma anómalo, de tal modo que estos pacientes en vez de tener 46 cromosomas tienen 47; sin embargo una segunda anomalía agregada puede significar la desaparición de un cromosoma normal, de tal modo que el paciente tiene los 46 cromosomas pero entre ellos siempre se encuentra el cromosoma anormal, generalmente el par 21, a su vez la causa más frecuente de esta anomalía es congénisis con producción de un óvulo con 24 cromosomas en vez de 23 en cuya etiología intervendrían diversos factores.

RETRASO MENTAL

Es un problema que afecta a los niños más que cualquier enfermedad, se caracteriza por un funcionamiento intelectual general por debajo del promedio. Originado en el periodo del desarrollo y asociado a un impedimento en la conducta de adaptación.

ETIOLOGIA.-

Puede incluir, infecciones, intoxicaciones, traumas físicos, trastornos del metabolismo, crecimiento o nutrición, tumores e influencias desconocidas pre y post-natales.

CAPITULO III
METODOS DE PREVENCION

PREVENCIÓN INDIVIDUAL

Son medios que se emplean para evitar la presencia de enfermedades. Conocedores de la etiología y mecanismo de acción de la caries, podemos prevenir su formación teniendo en cuenta las siguientes indicaciones:

- a.- Realizar una adecuada higiene bucal.*
- b.- Evitar el consumo de azúcares refinados.*
- c.- Protección con fluor.*

Los padres de familia deben ser adiestrados para que enseñen al niño discapacitado las técnicas de prevención de la caries y de las enfermedades periodontales.

Una buena higiene bucal es la medida más eficaz para mantener dientes y encías sanas para toda la vida.

Los mecanismos que existen para eliminar la placa bacteriana de la superficie de los dientes como el cepillo dental, el hilo dental que deben ser enfatizados por los padres de familia y las personas responsables de las mismas, para que realicen el cepillado después de las

comidas como también el uso del hilo dental con dispositivos adecuados diariamente después de las comidas en especial antes de acostarse.

También debe recomendarse la disminución del consumo de azúcares refinados ya que está comprobado que es el factor principal para que se origine el proceso cariogénico. Está claro que no se puede eliminar los hidratos de carbono de la dieta diaria ya que constituyen un factor importante para que se realice una dieta equilibrada.

Lo importante está en poder diferenciar que no es la cantidad de azúcar que consume sino el tiempo que ésta permanezca en la boca.

PREVENCION COLECTIVA O MASIVA

La salud bucal es responsabilidad de educadores, padres, del núcleo familiar y finalmente del discapacitado; sin embargo debemos señalar diferentes medidas preventivas de enfermedades bucodentales de uso masivo eficaces para reducir la incidencia de caries y otras patologías orales.

Las medidas generales de uso masivo se basan en la aplicación de fluor por diferentes vías:

- a).- Fluoración de agua potable.*
- b).- Fluoración de algunos alimentos.*
- c).- Enjuagatorios fluorados.*
- d).- Aplicación de fluor Gel Acidulado.*

El fluor es un elemento que se encuentra en algunos de los elementos en forma natural en el agua de ciertas regiones. Se considera un nutriente esencial al igual que el Calcio, Hierro, Yodo, Potasio, etc. su presencia en la dieta es indispensable para la formación de dientes de buena calidad, que resistan en mejor forma a la acción de la placa bacteriana.

Por esta razón en las localidades que no exista suficiente cantidad de fluor en el agua, puede administrarse a las personas en forma artificial, esto puede hacerse de dos maneras.

La primera es agregar pequeñas cantidades de fluor a algunos alimentos o bebidas como por ejemplo; el agua potable, la sal de mesa, la leche y simplemente dárselos a los niños en gotas o tabletas. A esta forma de aportar fluor a la dieta se la llama "Administración sistémica de fluor".

"El fluor refuerza la estructura dentaria haciéndola más resistente a la acción bacteriana".

Otra forma es la aplicación tópica del fluor que consiste en aplicarlo directamente a los dientes y es un tipo de fluor que no se ingiere. Esta forma de aplicación tópica puede hacerse aplicando fluor a las partes dentales o bien utilizando productos especiales.

Uno de los tipos de productos se llama "Fluor Gel Acidulado" consiste en una gelatina con fluor muy concentrado al (1.23 %) que se pone en una cubeta para llevarlo a la boca y aplicarlo a los dientes de las

personas durante 4 minutos, cada cuatro días y cuatro veces, este producto al ser ingerido accidentalmente por el niño, puede causarle alteraciones, bómato, diarrea, etc.

Otro producto utilizado en la prevención de caries es la solución "Fluoruro de Sodio" al (0.2 %) este es un líquido con pequeñas cantidades de fluor que no tiene el riesgo de toxicidad. Para aplicarlo; las personas deben enjuagarse la boca durante un minuto una vez por semana por un período no inferior a tres años.

A esta técnica se la llama "Enjuagatorio Fluorurados" que se realizan sin riesgo y con una técnica fácil de manejar especialmente en los niños.

Para la realización de estas técnicas de prevención de caries en personas discapacitadas, se debe hacer un plan de tratamiento con personal multidisciplinario ya que como sabemos se debe tener en cuenta una diversidad de dificultades que se tiene que saber como superar en estos pacientes.

CAPITULO IV
CARIES DENTAL

CARIES DENTAL

Es una enfermedad de los tejidos calcificados de los dientes, caracterizado por una destrucción de los tejidos que comienza en sitios de predilección, fosas, fisuras y puntos de contacto y que progresa hacia la pulpa. La destrucción involucra:

- a) Descalcificación de la porción inorgánica.
- b) Desintegración de la sustancia orgánica del tejido.

La descalcificación es provocada por la acción de las bacterias acidogénicas, lactobacilos, streptococos acidúricos, que se encuentran en la placa bacteriana.

La gravedad y la intensidad del proceso carioso están moderados por el acceso individual a mecanismos físicos, químicos de control y eliminación de la placa bacteriana, a la frecuencia de la utilización de fluoruros sistémicos o tópicos y a la protección de nichos dentarios susceptibles.

Existen varias teorías respecto a la etiología de la caries. Las más aceptadas son:

- * Acidogénica, esta teoría establece que los ácidos que se producen en la boca por la

fermentación de los carbohidrato de la dieta, debido a la acción microbiana son los responsables de la disolución del esmalte dentario y en consecuencia de la caries dental.

* Teoría proteolítica de Gottlieb (1944) afirma que la caries dental se origina por la destrucción de la matriz orgánica del esmalte a partir de determinadas enzimas de origen bacteriano.

* Teoría de la proteólisis. Aschat y J.J. Martin (1955) sugerían que el origen de la caries dental se debe a una desmineralización del esmalte por la acción de algunos productos bacterianos que favorecerían la formación de compuestos (quelatos) con los minerales del esmalte y dentina.

Con mayor frecuencia sacarosa y sucrosa, disacárido compuesto de una molécula de glucosa y otra de fructuosa.

Miller propuso la teoría acidogénica que parece tener mayor apoyo a cerca de la etiología de la caries dental.

fermentación de los carbohidrato de la dieta, debido a la acción microbiana son los responsables de la disolución del esmalte dentario y en consecuencia de la caries dental.

* Teoría proteolítica de Gottlieb (1944) afirma que la caries dental se origina por la destrucción de la matriz orgánica del esmalte a partir de determinadas enzimas de origen bacteriano.

* Teoría de la proteólisis. Aschat y J.J. Martin (1955) sugerían que el origen de la caries dental se debe a una desmineralización del esmalte por la acción de algunos productos bacterianos que favorecerían la formación de compuestos (quelatos) con los minerales del esmalte y dentina.

Con mayor frecuencia sacarosa y sucrosa, disacárido compuesto de una molécula de glucosa y otra de fructuosa.

Miller propuso la teoría acidogénica que parece tener mayor apoyo a cerca de la etiología de la caries dental.

Después de conocer las diferentes opiniones tenemos una idea central de su etiología lo que debemos comprender ahora los factores contribuyentes en las personas discapacitadas que los predispone a ser más susceptibles a esta patología.

FACTORES PREDISPONENTES

Pacientes Normales

Buena asimilación o aprendizaje.

Físicamente normales.

Función psicomotora normal.

Dieta balanceada.

Grado de cultura.

Hábitos.

Pacientes

Discapacitados

Mala asimilación o aprendizaje deficiente.

Deficiencia física.

Función psicomotora deficiente o mala.

Dieta especial (rica en hidratos de carbono).

Grado de cultura.

Malos hábitos.

Anomalías estructurales.

CAPITULO V
INDICES UTILIZADOS

INDICES UTILIZADOS

Los estudios epidemiológicos bucodentales para analizar uno o varios problemas siguen las mismas corrientes planteadas en los subtemas, método epidemiológico, elementos del método y temas principios básicos de estadística en epidemiología bucodental.

Desde luego, hay que considerar sus particularidades, hacer las adaptaciones e innovaciones necesarias y diseñar los indicadores específicos para caracterizar las variables a observar.

En el caso de la caries dental, muchos índices han sido propuestos en los últimos 50 años, sin embargo es preciso reconocer que sólo tres de ellos son utilizados más frecuentemente.

INDICES DE DIENTES CARIADOS, PERDIDOS Y OBTURADOS (CPO-D Y CEO-D)

Este tipo de índice se lo emplea para las dos denticiones tanto temporarias como la permanente.

En el caso de CPO-D sus siglas tienen el siguiente significado.

- D.- Diente permanente como unidad de medida.*
- C.- Diente cariado.*
- P.- Diente perdido por acción de la caries. Este componente se divide en:*
 - E.- Diente extraído por acción de caries.*
 - EI.- Dientes con extracción indicada.*
 - O.- Dientes obturados.*

Por tanto el CPO-D de un grupo de personas, será el promedio del total de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracción indicada y obturados del grupo de personas al cual se aplique.

En el caso de CEO-D sus siglas tiene el siguiente significado.

- D.- Diente temporal como unidad de medida.*
- C.- Diente cariado.*
- CI.- Diente con extracción indicada.*
- O.- Diente Obturado.*
- E.- Diente Extraído.*

El índice CEO-D de un grupo de niños será por lo tanto el promedio del total de dientes temporales cariados, con extracción indicada y obturados del grupo de niños al cual se aplique.

Es preciso señalar que el momento de la aplicación de este índice, sus componentes para dientes permanentes y para dientes temporales se deben concretar en la unidad individuo; es decir, se aplicará el CPO-D si la dentición es totalmente permanente y el CEO-D por la presencia de una dentición mixta en los grupos a examinar.

Para una mejor comprensión se presentarán a continuación los criterios principales utilizados para clasificar las diferentes condiciones o hallazgos clínicos de los dientes examinados.

DIENTE CARIADO

Diente permanente que al momento del examen presenta una o varias de las siguientes condiciones.

- a.- Caries clínicamente visible.
- b.- Opacidad del esmalte que indique lesión cariada.
- c.- Cuando en las fosas y fisuras el explorador penetra y se puede constatar que en el fondo existe tejido reblandecido.
- d.- Cuando existiendo obturación se presenta simultáneamente algunos de los criterios anteriores.

e.- Dientes obturados con eugenolato o cemento de oxifosfato que se calificarán como cariados.

DIENTE OBTURADO

El diente presenta una obturación con material definitivo como amalgama, oro, silicato, resinas, cementos de silico-fosfato o de ionómeros de vidrio, siempre y cuando la causa haya sido caries.

Los dientes obturados con eugenolato o cemento de oxifosfato se califican como cariados.

Nota.- Los dientes obturados por causas diferentes a caries dental tales los ocasionados por prótesis trauma o por estética, se calificarán como dientes sanos para la caries dental.

DIENTE EXTRAIDO POR CARIES

Se califica así:

a.- Aquella unidad dentaria que no se encuentra presente durante el examen, y el individuo a pasado la edad en la cual el diente debería haber erupcionado.

- b.- Ausencia de diente sin signo evidente de que ocurrió y existe el espacio dejado por la extracción.

La edad del paciente, la secuencia, la simetría de la erupción, el estado general, y en última instancia el interrogatorio de caries, pueden ayudar a tomar la decisión.

Nota.- Para dientes desiguos no se tiene en cuenta esta condición y se califica la casilla correspondiente al diente, en permanentes sin erupcionar.

DIENTE CON EXTRACCION INDICADA DEBIDO A CARIES (MAYOR FRECUENCIA)

Un diente cariado se considera con extracción indicada (no funcional) cuando existe:

- a.- Evidencia de absceso periapical.
- b.- Evidencia visible de socavamiento extenso de todas las paredes del esmalte, haya o no exposición pulpar.
- c.- Las raíces retenidas (remanentes).

En los dientes desiguos la extracción está indicada cuando presenta una o varias de las características siguientes:

- a.- Caries extensa que se necesita una restauración de toda la corona con o sin exposición pulpar.
- b.- Presencia de tumefacción o de trayecto fistuloso.
- c.- Tumefacción facial asociada con caries en dientes deciduos.

DIENTE NO ERUPCIONADO

Se considera al espacio correspondiente como vacío cuando el diente permanente no está presente y de acuerdo con la edad de la persona, debería haber hecho erupción y no ha sido extraído por caries dental o por otras causas.

Otros criterios deben de ser tenidos en cuenta a saber cuando un diente deciduo y el diente permanente que lo reemplazará se encuentra ocupando el mismo espacio, se anotará solamente el permanente.

Cuando exista duda entre:

- a.- Diente sano y cariado, debe calificarse el diente como sano.

- b.- Diente cariado y obturado, debe calificarse el diente como obturado.
- c.- Diente cariado y extracción indicada, debe calificarse el diente como cariado.
- d.- Cuando exista duda entre si el diente presente es un primer premolar o un segundo premolar, se tomará como primer premolar y se le asignará la condición hallada a ésta.

A cada condición de las mencionadas; cuyos criterios de clasificación se han expuesto, se les asigna un código numérico que facilita la comunicación entre el examinador y el anotador, así como el registro de dicha condición en formularios diseñados al efecto.

Este código puede variar según las conveniencias y diseño global de un determinado estudio. Se presenta una de las codificaciones más utilizadas.

* Diente permanente no erupcionado	0
* Diente permanente cariado	1
* Diente permanente obturado	2
* Diente permanente extraído	3
* Diente permanente con extracción indicada	4

No presenta evidencia de alguna de las condiciones anteriores:

* Diente temporal cariado	6
* Diente temporal obturado	7
* Diente temporal con extracción indicada	8
* Diente temporal sano	9

DISTRIBUCION DE LA CARIES EN PERSONAS DISCAPACITADAS

Probablemente el proceso caries dental, ha sido el problema bucodental más estudiado epidemiológicamente hablando en la historia del hombre con mayor profundidad y rigurosidad en los últimos 60 a 70 años, pero en lo que respecta a grupos humanos discapacitados es demasiado pobre en su información.

Algunas causas de este hecho pueden ser:

- a.- Las dificultades de observación del problema.*
- b.- La disponibilidad de indicadores sencillos y constantes.*
- c.- El impacto del proceso en la salud de la población por la magnitud y severidad del ataque carioso.*

Se estima que afecta en un 95 a 100 % de las personas discapacitadas.

CAPITULO VI
CARIES DENTAL Y DIETA

CARIES DENTAL Y DIETA

En el análisis de esta variable hay necesariamente que considerar el comportamiento de dos componentes importantes.

- Consumo de azúcares.*
- Ingestión de fluoruros.*

Ambos moderados por el consumo "dieta" acceso a servicios determinados por el proceso de desarrollo económico.

CONSUMO DE AZUCARES

Múltiples estudios descriptivos, analíticos y experimentales han profundizado en la relación caries y carbohidrato específicamente. Entre algunos de los más importantes se destacan los estudios de Noruega y los de Inglaterra en la segunda guerra mundial, Tristán de Countra (1953-62 y 66).

Hopewood House en Australia, Islas Oarknei en Escocia (1968) entre otros se ha podido comprobar que el consumo de azúcar en personas discapacitadas es mayor debido a que esta personas son sobreprotegidas y su dieta

está supeditada a las masas dulces o a los caramelos y esto constituye un riesgo total de ataque de la caries, como ya se indicó que estas personas no pueden o no. Tienen la capacidad para adquirir hábitos de higiene bucal adecuado.

Los hallazgos más relevantes obtenidos en estos estudios en forma individual son los siguientes:

- * El frecuente consumo de azúcar sobre todo en horarios fuera de las comidas incrementa la actividad cariiosa.*
- * Los azúcares refinados y los naturales son más cariogénicos, si su consistencia es más pegajosa.*
- * Los edulcorantes sintéticos o derivados industrialmente de los azúcares, no son fácilmente degradables y por tanto no favorecen la producción de ácidos.*

En relación a los aspectos citados se aclara que:

- Se minimiza la acción amortiguadora de la saliva. Si existe placa cariogénica presente y*

ausencia de medidas preventivas, producirá un ataque ácido al esmalte en cada ingestión de carbohidrato degradables.

- *Se incrementa el término de permanencia en boca y por tanto el tiempo de exposición de la sacarosas han de ser degradadas por las bacterias cariogénicas de la placa dental.*

- *Sacarina, sorbitol, manitol, xilitol y otros.*

- *Desarrollo económico y la motivación individual son considerados.*

INGESTION DE FLUORUROS

Los estudios clásicos sobre la relación entre fluoruros y caries dental (Mckay, Dean Knuston et al) (1934-41-56) así como una gran cantidad de estudios desarrollados posteriormente han mostrado la acción beneficiosa de los fluoruros en la prevención de la caries dental.

Cuando son usados sistemáticamente (existen en forma natural en las aguas de consumo o se han añadido artificialmente al agua, sal de consumo o incorporados como aditivos a la dieta regular del niño) o por la vía local (enjuagatorios, aplicaciones tópicas, cepillado con gel o soluciones de fluoruros, entre otras

EPIDEMIOLOGIA DE LA CARIES

Por "epidemiología" se comprende la ciencia de las enfermedades o difusión epidémica de una enfermedad. En relación con la caries que si bién es una destrucción por bacterias de los tejidos dentarios duros, no es una enfermedad epidémica. Se han empleado con éxito los métodos de estudio epidemiológicos para aclarar alguna particularidad de su aparición, difusión y evolución.

Lo característico de la metodología de las investigaciones epidemiológicas es ante todo, que su objetivo no es el hombre aislado, sino una multitud de personas o sociedad. Además no se estudia la enfermedad en si mismo, sino en relación con la exposición, es decir, con la posibilidad de adquirir esa enfermedad.

Respecto a la caries, la población puede ser estudiada según dos aspectos: Por una parte un grupo más o menos numeroso de personas por investigar, o sea como ejemplo representativo de la totalidad, por otra parte, los dientes de la cavidad bucal de un solo individuo también representa una población.

En la epidemiología de la caries, por lo tanto puede estudiarse: Por una parte la incidencia de caries en una multitud de personas y por otra la incidencia de caries de los distintos dientes. Los dos caminos han contribuido a la solución de cuestiones importantes de la caries.

La técnica de la investigación epidemiológica tiene como condición previa la apreciación cuantitativa de los casos de enfermedad.

Morelli reconoció la necesidad de una medición cuantitativa con respecto a cada diente aislado atacado

de caries se necesitaron 15 años para esos comienzos.

Klein y sus colaboradores desarrollaron un índice de caries de utilidad práctica; que abarca y considera el número de dientes atacados por caries (progresiva o estacionaria) de dientes obturados, como también de aquellos que habían erupcionado, pero que fueron extraídos a causa de caries (o de sus secuelas). Así se hizo posible un estudio cuantitativo de los casos de caries, lo que resultó provechoso para la investigación y para la lucha organizada contra la caries.

Lo que debemos tener en cuenta es que la condición previa, primaria para el origen de las caries es el contacto del diente con el medio ambiente bucal, únicamente el diente erupcionado presenta caries.

El diente está expuesto a las caries inmediatamente después de su erupción.

Las diferencias de tiempo en las épocas de erupción de los dientes son la causa de que existe diferencias típicas en la distribución de la caries para los distintos grupos dentales y dientes individuales en relación con la edad.

La incidencia de la caries puede ser correlacionada con la edad dental post eruptiva, de ese modo se puede demostrar bien que la mayor incidencia de caries en las niñas está relacionada con la erupción temprana de sus dientes en relación con los niños.

CAPITULO VII
ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN
DISCAPACITADOS

ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN DISCAPACITADOS

La odontología preventiva en discapacitados es la parte de la odontología que trata los diferentes métodos, por medio de los cuales se puede prevenir las enfermedades orales, éste es el problema y el reto más grande destinado a educadores y profesionales odontólogos en un campo virgen de imperativa acción y toma de decisiones.

RECURSOS A EMPLEAR

- 1.- Especialmente es importante limitar los azúcares fermentables, en el régimen diario de la alimentación del discapacitado.
- 2.- Educar e instruir para un cepillado adecuado de los dientes luego de la alimentación rica en hidratos de carbono.
- 3.- Si no se tiene a mano el cepillo de dientes o por cualquier otro motivo, no se pueda practicar el cepillado dentario, procuresé efectuar un enérgico buchado con agua. Se ha comprobado que esto arrastra una buena parte de los restos alimenticios que habían generado ácidos, se trata de un recurso extraordinariamente simple pero práctico.

RECURSOS A CARGO DEL ODONTOLOGO

- *Educación de la salud oral continuada.*
- *Enseñanza de la técnica correcta del cepillado dentario.*
- *Aplicaciones tópicas de fluoruro de sodio.*
- *Limpieza profiláctica.*

RECURSOS A CARGO DEL ESTADO

- *La obligatoriedad de la profilaxis, exámenes periódicos y tratamiento odontológico en personas discapacitadas debe de ser prioritaria en todos sus niveles etareos.*
- *Intensificar, mantener y crear programas de profilaxis en todos los niveles.*
- *Aumentar el número de ítems para odontólogos salubristas.*
- *Fluoración de la sal de cocina ya que su consumo es diário y ayuda en la prevención de la caries.*
- *Fluoración de las aguas potables.*
- *Orientar y dirigir a nivel de formación odontológica universitaria el dedicar el mayor de los esfuerzos para la atención a éste grupo de personas discapacitadas.*

NIVELES DE PREVENCIÓN DE LA CARIES

Según Leavell y Clark el término prevención odontológica no debe ser considerado en el sentido estricto de la prevención pura, sino prevención de la ocurrencia de enfermedades.

Toda enfermedad tiene su manera propia de evolucionar cuando es abandonada a su propia suerte, constituyendo lo que se llama historia natural de la enfermedad.

Nuestra interferencia en el desarrollo de cualquier enfermedad, puede ser interpretada como la interposición de barreras en distintas etapas de su ciclo evolutivo.

Las etapas en que podemos actuar y podemos aplicar nuestro obstáculo a la progresión de la enfermedad, se denominan niveles de prevención.

Muchos de los métodos en los distintos niveles podrán ser aplicados con carácter individual y otros con carácter colectivo; la selección y preferencia de la adopción dependerá en gran medida de la circunstancia: Realidad social del medio, de los recursos disponibles y fundamentalmente de la practicidad y eficacia del método para conseguir mejores y más amplios resultados.

NIVELES DE APLICACION

Veremos la aplicación de los diferentes métodos en sus niveles correspondientes.

1er NIVEL: ACCION GUBERNAMENTAL AMPLIA.-

Una serie de problemas de salud pública, como el de ciertas deficiencia de la nutrición, el de la tuberculosis del tracoma, etc; exigen para la obtención de resultados apreciables, programas gubernamentales de verdadera envergadura, capaces de mejorar el nivel de vida de la población.

Esta mejora tipifica un método de salud pública, destinado al fomento de la salud (1er Nivel de Prevención) y que exige una acción político-social muy compleja, constitutiva de un verdadero programa de gobierno y no solamente la intervención de uno o dos ministerios, si no la acción coordinada de todos los departamentos gubernamentales, en el sentido de desenvolvimiento socio-económico.

2do NIVEL: ACCION GUBERNAMENTAL RESTRINGIDA.-

Métodos de salud pública, ejem: La fluoración del agua, enjuagatorios de fluor, salud educativa oral, requieren en realidad una acción de gobierno más restringida que la anterior y limitada a uno o más departamentos gubernamentales. Ejm. enjuagatorios de fluor en población escolar con la intervención de los sectores de educación, salud y finanzas.

3er NIVEL: ACCION INDIVIDUAL.-

Un gran número de métodos preventivos relacionados con el accionar de actos favorables para la salud, que dependen casi exclusivamente de decisiones que se adopten en la esfera individual.

Es un nivel cómodo y práctico de aplicación ya que considera un sólo individuo interesado por su salud oral. Bien sabemos las dificultades que se presentan al modificar los hábitos dentro de una cultura que tiene raíces profundas; por lo tanto en este nivel de labor educativa sanitaria ejm: implantación o modificación de hábitos de higiene oral aún en la clientela seleccionada escuchamos la expresión "el enfermo no coopera" masaje gingival.

CAPITULO VIII
PREVALENCIA E INCIDENCIA DE
LA CARIES DENTAL

PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LA CARIES DENTAL

PREVALENCIA

Es la cantidad de casos detectados en una comunidad en un período largo de tiempo (no menor de 5 años); o sea la magnitud del problema en su momento dado es representativa de la historia anterior y actual de la caries dental en esa comunidad o universo.

INCIDENCIA

Es la repetición o aumento de casos en un lapso corto de tiempo, uno o dos años a lo sumo, lo que nos permite apreciar la marcha o evolución del mismo fenómeno. Ejm. Si en un decenio 1980 - 1990 en la población de una comunidad cualquiera, hemos encontrado un determinado número de caries, el año 1991 se emprenderá una nueva investigación para ver cuantos nuevos casos se han agregado a los ya existentes, o si se mantiene igual este número, en la misma población.

Tomando este ejemplo en forma individual, la prevalencia será encontrada en un individuo "A," en ese decenio y la incidencia serán los casos de la misma

enfermedad encontrados en "A", en los exámenes realizados en 1991. En términos generales diremos que la prevalencia representa la magnitud, mientras que la incidencia representa la ocurrencia de un hecho dado.

LEVANTAMIENTOS EPIDEMIOLOGICOS SOBRE PREVALENCIA DE CARIES

Para planificar una actividad o un servicio cualquiera y desarrollar programas y campañas emergentes a este estudio, (caries), es imprescindible partir de bases e indicadores más reales y confiables que nos permitan apreciar el problema con bastante exactitud, esto solo es posible mediante una meticulosa preparación de los elementos intervinientes y de los factores condicionantes mediante el conocimiento de los recursos con que se cuenta, además de la finalidad que se persigue.

Toda acción de salud está basada en el levantamiento hecho bajo el rigor estadístico mediante el conteo, la encuesta estudio del universo, toma de muestras.

Un odontólogo salubrista a diferencia del clínico, que sólo trata al paciente en particular, tendrá que familiarizarse con los datos estadísticos, las

abstracciones matemáticas que en último término reflejan para el salubrista, la historia natural de las enfermedades orales de la comunidad; esto es cuando y donde ocurren y que barreras deben ponerse para detener su marcha. Pensar matemáticamente, adquirir una mentalidad estadística, condiciona su razonamiento de manera que se ajuste a un paciente colectivo, a una entidad social; la comunidad es la primera tarea que debe imponerse aquel que se inicia en la odontología sanitaria. En definitiva esto significa el cambio de mentalidad clínica del odontólogo privado o particular, al criterio del servicio comunitario del sanitarista, al que se ha dotado de armas necesarias "no para pensar más sino para pensar mejor" en los problemas y buscar adecuadamente soluciones con visión elevada. al total del conjunto poblacional, en su triple aspecto : curativo, preventivo y social con profunda filosofía de no excluir, sino incluir dentro del campo a todos los sectores de la sociedad globalmente, con el fin de no descuidar ningún detalle que perjudique a la salud en general.

CAPITULO X
UNIDADES DE MEDIDA
UTILIZADAS

CLASES DE ENCUESTAS

Se clasifican en:

EPIDEMIOLOGICAS

Estas encuestas se las realizan con la finalidad de aumentar nuestros conocimientos sobre la distribución de las caries dental en una región, sobre la importancia relativa de los factores causales y sobre la posible influencia de otros factores nos informa sobre la cantidad de caries presente en un grupo de población, cuyos factores determinantes de que esa cantidad sea mayor o menor; son el nivel de educación sanitaria de padres e hijos, la situación económica de la familia, el miedo al dolor, etc. Estos estudios fueron llevados a cabo por lo general, en áreas más o menos extensas de diferentes países.

INVESTIGACION

Cuando se desea medir la eficiencia de la investigación aplicada, principalmente sobre métodos preventivos de la caries dental, estos estudios pueden ser:

a.- *Estudios de prevalencia, mediante los cuales se pretende comprobar la modificación en conjunto del estado dental de una comunidad, antes y después de la utilización de una medida determinada; la huella que imprime la medida en un grupo numeroso de individuos de una comunidad entera.*

b.- *Estudios de incidencia; son aquellos en los que nuestro interés consiste en medir la cantidad total de la caries, que se presente en un grupo dado, durante cierto tiempo. En general dichos estudios se limitan a pequeños cuerpos de individuos controlados en plazos cortos de tiempo, que raramente exceden de 2 años.*

CAPITULO IX
TRABAJO REALIZADO

TRABAJO REALIZADO

Para la realización del trabajo se tuvo que pasar por algunas etapas, las cuales me permitieron familiarizarme con estas instituciones, ya que en primera instancia no tuve la aceptación adecuada para poder llegar a las personas discapacitadas, ya que los padres o tutores de las personas se sienten mal al tener a un miembro de la familia con alguna deficiencia y tratan de eludir cualquier entrevista al respecto; por lo que pude comprobar que muchos de los niños que están albergados en estas instituciones no tienen el registro de sus padres y otros están atendidos por algún familiar, o también existen niños que no tienen a nadie y ni siquiera tienen identidad propia.

Las instituciones a las cuales recurrí para realizar el examen son las siguientes:

CEEBA Centro de Educación Especial Barttolomé Attar.

Colegio Fiscal Mixto "FE Y ALEGRIA"

INSTITUTO DE LA CEGUERA "4 de Enero"

INSTITUTO DE LA CEGUERA "San Lorenzo"

Estas instituciones permitieron que pueda llegar a los padres, tutores o familiares de estas personas mediante reuniones participativas, en las cuales tuve oportunidad de motivar y recoger datos que me permitieron analizar el nivel de educación que tenían respecto a su salud oral, y también poder darles charlas orientandolés para ejercitar una buena higiene bucal tanto de ellos mismos como de sus hijos con problemas disminuyentes.

La realización de las fichas clínicas se enmarcan en poder realizar la encuestas para poder obtener datos que nos permita determinar las causas que provocaron la discapacitación en los niños y también poder recabar información a cerca de los antecedentes genéticos de los padres y de las personas discapacitadas a examinar, como también hacer el examen buco-dental para ver el estado de la cavidad bucal y de la magnitud de la caries.

Los exámenes a realizar se los hizo con el intervalo de cuatro meses.

El primer examen para determinar el grado de prevalencia de caries.

El segundo examen para determinar el grado de incidencia de caries.

METODO DE EXAMEN

Para realizar los exámenes en primer lugar tenía que prepararme para cada caso en particular con el objeto de conocer las características propias de cada anomalía. Con la finalidad de hacer el diagnóstico buco-dental, sin causar ningún trauma en el niño ni físico ni psicológico, ya que algunos de los niños mostraba mucha resistencia al pedirles que abrieran la boca teniendo que tomar decisiones como las que en algunas personas me he visto en la obligación de utilizar instrumentos adecuados al tipo de exámen. (abrebocas)

También en la mayoría de las personas ha examinar tenían que ser previamente ser preparadas por las personas que están en contacto permanentes con ellos para evitar reacciones adversas a personas extrañas como lo era yo en ese momento.

Para el examen se ha utilizado; espejo bucal No 5, explorador No 5, Pinza para algodón, separador de labio, abrebocas. El examen se realizó de la siguiente manera:

- La superficie de los dientes recorridas por el explorador hasta que se llegue a un diagnóstico seguro y no basarse solo en el examen visual.
- El examen buco-dental se comienza por el sector postero-superior derecho, hacia el lado postero-superior izquierdo, pasando al sector postero-inferior derecho, hasta el sector postero-inferior izquierdo.
- El explorador debe usarse sin realizar presión y se lo debe hacer por todas las superficies del diente. (O.L.D.V.M.).

Según los hallazgos en dicho exámen se realiza el registro correspondiente de acuerdo a la ficha elaborada.

Es de suponer las dificultades que se tienen que enfrentar durante el examen; ya que se trata de personas

excepcionales y que en algunas de ellas no se pudo efectuar el diagnóstico por la falta de colaboración del paciente.

También quiero hacer notar que no se pudo tomar datos de algunos padres de los niños - como hago mención - existen niños que no tienen ni documentación que les acredite su identidad ni su lugar de origen.

INSTRUMENTAL

AUXILIAR

UTILIZADO

- a.- Espejo bucal
- b.- Sonda explorador No 5
- c.- Perilla de aire
- d.- Pinza algodenera
- e.- Algodón
- f.- Dg-6

Examen No 2

Ficha 112

Nombre y Apellido..... Edad.....4 años

Lugar de origen Tarija

Ocupación de los padres Chofer

Padres:

Adolecen de la misma enfermedad que su hijo?	SI	NO	X
El embarazo fué:	Normal	anormal	X
Durante el embarazo sufrió traumatismos	Directos	Indirectos	SI NO X
Sufrió enfermedades como:	varicela	rubeola	enf. venerea
El parto fué:	Normal X	Cesárea	Forceps
Sufren de algún hábito:	alcoholismo X	tabaquismos	drogadicción
Para el tratamiento de su enfermedad, utilizaron:			
	penicilina X	tetraciclina	otros X
Tipo de dentadura:	Buena X	Mala	
Tipo de alimentación	Buena	Mala X	

Paciente:

Tipo de enfermedad disminuyente:			
Parálisis cerebral X	Retardo mental	ceguera	sordera
enf. cardiovascular	Hemorragias	Poliomielitis	Mongolismo
Prob. aprendizaje			
Padeció de enfermedades erupticas como:		rubeola	varicela
Tipo de dentadura	Buena	Mala X	
Tipo de oclusión	Buena X	Mala	
Tipo de Alimentación:	Mediana X	Insuficiente	Mala
	rica en H de Carbono X		
Utiliza Cepillo dental	SI X	NO	
Utiliza Crema dental	SI X	NO	
Cuantas veces:	diario X	ocasional	nunca
Que utiliza para el dolor de muelas		drogas farmaceuticas	
	molle	nillo	otros
Visita al dentista:	diario	semanal	mensual
	ocasional	nunca X	
Tiene hermanos con problemas disminuyentes:		SI	No X
Factor económico	BUENO	REGULAR	MALO X

UNIDADES DE MEDIDA — INDICES

UNIDADES DE MEDIDA UTILIZADAS

Para medir los programas de Odontología Sanitaria de una comunidad, en otros términos de salud oral, el salubrista tiene a la mano los diversos indices, que son proporciones o coeficientes que sirven como indicadores de la frecuencia con que ocurren ciertas enfermedades y ciertos hechos en la comunidad, que pueden incluir o no determinaciones del grado y severidad de la enfermedad. Cada uno de ellos adaptado a las características de la enfermedad a evacuar y un índice que sea eficaz de contar con los siguientes elementos.

PERTINENCIA

Debe existir relación entre el índice utilizado y la enfermedad o condición que está siendo utilizada.

CONFIANZA

Para poder confiar en un índice, es preciso que mantenga su validez cuando sea sometida a un análisis estadístico.

SIGNIFICADO

El índice debe ser capaz de despertar una idea comprensible y significativa de aquello que se pretende medir

A las anteriores condiciones también se podría agregar otras dos: Manejo fácil y clara comprensión.

En odontología disponemos de varios índices para cada una de las entidades de la patología oral, la selección ideal de tomar el más adecuado, para la investigación que se pretende realizar en cada caso en particular. Ahora utilizamos el índice.

INDICE CPO-D

El índice de prevalencia de caries CPO-D comprende:

C.- Dientes permanentes con caries evidente.

P.- Dientes permanente perdidos por caries.

O.- Dientes permanentes obturados por caries y que no presentan lesiones cariosas.

El criterio P se subdivide en :

E.- Diente permanente extraído por caries.

EI.- Diente permanente con extracción indicada por caries.

El índice CPO-D para una persona resulta de sumar los dientes que en el momento del examen se encuentran cariados, obturados con extracción indicada y extraídos a causa de caries.

El índice CPO-D para una población se obtiene sumando el CPO-D de cada uno de los individuos y dividiendo dicha sumatoria por el número de las personas examinadas, constituyendo entonces un promedio.

CRITERIOS PARA EL LEVANTAMIENTO DE DATOS DEL INDICE CPO-D

CODIGO CRITERIO

- 0 Diente permanente no erupcionado
Diente permanente ausente congénitamente
Diente permanente extraído por causas ajenas a caries.
- 1 **DIENTE PERMANENTE CARIADO**
Caries clínicamente visible.
Opacidad del esmalte que indique lesión cariada.
Superficies proximales donde el explorador se detiene.

*Fosas y fisuras con tejido reblandecido en el fondo.
Restauraciones que tengan uno de los criterios
anteriores.*

2 DIENTE PERMANENTE OBTURADO

Cuando el diente presenta una obturación definitiva

3 DIENTE PERMANENTE EXTRAIDO

*Cuando el diente no está presente y haya sido
extraído por caries.*

**4 DIENTE PERMANENTE INDICADO
PARA EXTRACCION**

Cuando la pieza presenta solo raíces retenidas.

5 DIENTE PERMANENTE SANO

Cuando la pieza no presenta evidencia de caries.

*Cuando la pieza presenta algún defecto del esmalte o
restauraciones realizadas por trauma.*

CAPITULO XI
CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Luego de finalizado el presente trabajo se llegó a las siguientes conclusiones:

- 1.- Existe elevada prevalencia de caries dental en la población discapacitada.
- 2.- Las condiciones socioeconómicas y culturales influyen notablemente.
- 3.- El tipo y grado de afección que presenta es un factor preponderante en el desarrollo de caries dental.
- 4.- La falta de educación preventiva en Salud Oral en los padres.
- 5.- La falta de presupuesto por parte del Ministerio de Salud para odontólogos que atiendan a estos pacientes.
- 6.- La dieta especial que reciben estos pacientes (rica en Hidratos de carbono) afectan negativamente.

7.- Los trastornos en el metabolismo de estos pacientes favorece el desencadenamiento de la enfermedad.

8.- Las maloclusiones y respiración bucal predisponen las enfermedades bucodentales.

9.- La falta de aplicación de FLUOR en sus diferentes formas para la prevención adecuada.

CAPITULO XII
RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- 1.- Realizar concientización de salud bucodental a los padres y a los pacientes con la finalidad de despertar su atención.

Debido al crecido porcentaje de estos pacientes dar orientación o hacer conocer a los padres de familia las posibles causas que provocan las distintas enfermedades de tal forma que traten de evitarla tanto en el periodo pre y post-natal.

- 2.- Despertar el interés de Instituciones gubernamentales y extranjera para que se dediquen a la prevención de las enfermedades bucodentales.

- 3.- Incluir el tema en las materias correspondientes.

- 4.- Coordinar actividades interinstitucionales y multidisciplinarias que beneficien la Salud Oral de este importante grupo de población.

5.- Formar brigadas de concientización en los diferentes establecimientos educativos donde concurren estos pacientes y dar charlas educativas a padres de familia y profesores respecto a la Salud Oral.

6.- Recomendar a los padres de familia el cambio de dieta que favorezca la autolimpieza de la cavidad oral durante la masticación: