



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA**

**“CONDICIONES DE HIGIENE ORAL Y GINGIVITIS EN NIÑOS DE
INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE NIVEL ESPECIAL, MAYO A JULIO DEL
2016, ABANCAY”**

TESIS PRESENTADA POR EL BACHILLER:

FRANS BLEIS HUAMAN ZEVALLOS

PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL

DE CIRUJANO DENTISTA

ABANCAY – PERU

2016

DEDICATORIA:

A mis padres por su confianza y apoyo incondicional en todas las etapas de mi vida, por trazar en mí, la meta del estudio y superación atreves de su ejemplo, y su invaluable apoyo.

Al Cirujano dentista Socimo Tello Huarancca Director de la escuela académico profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas de la filial de Abancay por las facilidades brindadas dentro de la clínica para realizar el presente trabajo.

A todos los operadores por su enorme colaboración, a pesar de los momentos difíciles.

A mis amigos: por brindarme su apoyo y colaboración de una u otra manera en la realización del presente trabajo.

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres por su confianza y apoyo incondicional en todas las etapas de mi vida, por trazar en mí, la meta del estudio y superación atreves de su ejemplo, y su invaluable apoyo.

A la Universidad Alas Peruanas por ser mi segundo hogar y formarme dentro de sus aulas.

A todos los docentes de la Universidad Alas Peruanas de la filial de Abancay por compartir su enseñanza fortaleciendo mi formación académica y profesional.

A ustedes les dedico todo mi esfuerzo, y el inicio de una nueva etapa de mi vida.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre las condiciones de higiene oral y gingivitis en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay.

Materiales y Métodos: La muestra comprendió 51 alumnos con discapacidades intelectuales (con Autismo, retardo mental sin patología asociada y con Síndrome de Down) de ambos sexos de entre 2 a 27 años de edad, de las instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay. Se utilizó para la inflamación gingival el Índice Gingival modificado de Løe y Sillnes y para evaluar la higiene bucal se utilizó el Índice de Higiene Oral modificado de Løe y Sillness.

Resultados: La media de la edad de los alumnos fue de 7 años, teniendo el paciente más joven 2 años y el mayor 27. En cuanto a la distribución por sexo, 31 son hombres (60.8 %) y 20 son mujeres (39.2 %). La medida del Índice gingival fue el 25.5 % de los alumnos presenta IG- leve, el 43.1 % IG- moderado y el 31.4 % IG- severo. Y la medida del Índice de Higiene Oral fue de 21.6 % de los alumnos presenta IHO- bueno, el 29.4 % presenta IHO- regular y el 49.0 % presenta IHO- malo.

Conclusión: Los pacientes estudiados presentan discapacidades intelectuales y necesidades odontológicas. A pesar de que los resultados generales demuestran que es una población con relativo regular estado de salud bucal, algunos de ellos necesitaban atención odontológica.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between oral hygiene conditions and gingivitis in children of special educational institutions level, May to July 2016, Abancay.

Materials and Methods: The sample included 51 students with intellectual disabilities (with autism, mental retardation without associated disease and Down Syndrome) of both sexes aged between 2-27 years of age, educational institutions special level, May to July 2016, Abancay. It was used for gingival inflammation modified gingival index of Loe and Sillnes and to assess oral hygiene Oral Hygiene Index Loe modified and used Sillness.

Results: The mean age of the students was 7 years, with the youngest patient 2 and the oldest 27. With regard to gender distribution, 31 are men (60.8%) and 20 women (39.2%) . The mean gingival index was 25.5% of students have mild IG-, 43.1% moderate and 31.4% severe. And the average Oral Hygiene Index was 21.6% of students presents IHO- good, 29.4% have a regular IHO- and 49.0% have IHO- bad.

Conclusion: Patients studied show intellectual disabilities and dental needs. Although the overall results show that it is a population with relative steady state oral health, some of them needed dental care.

INTRODUCCION.....	8
1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	10
1.2 Delimitación de la investigación.....	11
1.2.1 delimitación temporal.....	11
1.2.2 delimitación geográfica.....	11
1.2.3 Delimitación social.....	11
1.3 Formulación del problema.....	11
1.3.1 Problema principal.....	11
1.3.2 Problemas secundarios.....	11
1.4 Objetivos de la investigación.....	12
1.4.1 Objetivo general.....	12
1.4.2 Objetivo específico.....	12
1.5 Hipótesis de la investigación.....	12
1.5.1 hipótesis general.....	12
1.5.2 Hipótesis secundaria.....	12
1.6 Justificación de la investigación.....	13
2. MARCO TEORICO.....	14
2.1 Antecedentes de la investigación.....	14
2.2 Bases teóricas.....	17
2.3 Definición de términos.....	34
3. METODOLOGIA.....	36
3.1 Tipo de la investigación.....	36
3.2 Diseño de la investigación.....	36
3.3 Población y muestra de la investigación.....	37
3.3.1 Población.....	37
3.3.2 Muestra.....	37
3.4 Variables, dimensiones e indicadores.....	38

3.5 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos.....	39
3.5.1 técnicas.....	39
3.5.2 instrumentos.....	40
3.6 Procedimientos.....	41
4. RESULTADOS.....	42
4.1 resultados.....	42
4.2 discusión de los resultados.....	80
CONCLUSION.....	82
RECOMENDACIONES.....	83
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	84
ANEXOS.....	87
1. Instrumentos.....	88
2. Matriz de consistencia.....	90
3. Otros.....	91

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la relación que existe entre las condiciones de higiene oral y gingivitis en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay. Los resultados de este estudio son muy importantes que ya ofrece información que orienta a asumir acciones de mejora y toma de decisiones educativas para la salud bucal.

En la actualidad y sin duda alguna en la ciudad de Abancay, existen un alto grado de prevalencia de caries dental, malos hábitos de higiene oral y estilos de vida desfavorables. Se asume con convicción que la falta de conocimiento sobre prevención de salud bucal por parte de los padres de familia y en especial de las madres, siendo ellas las primeras educadoras, adquiere gran relevancia y puede constituirse en un factor de riesgo del estado de salud de su hijo, esto lleva a un problema familiar, social, económico y educativo. La promoción de la salud debe iniciarse en la familia y los ejemplos y actitudes de los padres de familia son determinantes. La mejor forma de promover la salud dentro de la familia es a través de su modo de vida, su entorno, alimentación e higiene bucal.

La educación para salud es uno de los ejes que permite la preservación de salud integral del niño, asegurando así una persona con una mejor calidad de vida. La relación que presenta el nivel de conocimiento de las madres sobre la prevención en salud bucal en el índice de higiene oral (IHO-S). nos lleva a la reflexión y a deducir una problemática cotidiana y común, la cual inspira y motiva a la realización del presente trabajo de investigación para poder determinar situaciones puntuales y consecuentes en la salud bucal.

La importancia de la odontología preventiva y de la promoción de la salud para conseguir una mejora de la calidad de vida es fundamental. Estas acciones tienen como propósito reforzar las medidas básicas más importantes como la higiene bucal, la alimentación adecuada y la eliminación de hábitos nocivos.

Finalmente el presente trabajo servirá para implementar y consolidar futuros programas de prevención y promoción de salud bucal, los cuales deben ser con una metodología participativa (intervención-acción), para poder generar un impacto efectivo y así controlar los principales factores de riesgo desde la infancia temprana, con el fin de disminuir la morbilidad bucal, promoviendo estilos de vida saludables del entorno familiar.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Descripción de la realidad problemática

La higiene bucal a una temprana, edad nos da la oportunidad de interceptar o modificar patrones de conducta que, pueden resultar potencialmente dañinos para la salud bucal de los niños y evitar enfermedades como la gingivitis, considerada como la segunda entidad, de morbilidad bucal, con mayor frecuencia en la población.

Las personas con discapacidad, especialmente con discapacidad intelectual, pueden presentar un mayor grado de patologías bucodentales respecto al resto de población, principalmente a causa de dificultades motoras para realizar una correcta técnica de cepillado y, en el caso de los niños, podrían necesitar más tiempo para aprender a hablar, caminar, vestirse o comer sin ayuda y también podrían tener problemas de aprendizaje en la escuela.(10)

A pesar de los avances del siglo XXI, algunos odontólogos han rehusado a tratar a estos pacientes; los programas de estudio de algunas Universidades no incluyen la atención y tratamiento al paciente discapacitado. Por estas consideraciones me plantee la siguiente interrogante ¿Cuál es el estado de salud gingival e higiene bucal de los niños con discapacidades intelectuales?

1.2.- Delimitación de la investigación

1.2.1.- Delimitación temporal

Los estudios se realizaron, en las instituciones educativas de nivel especial en el periodo de mayo a julio del 2016.

1.2.2.- Delimitación geográfica

Se llevo a cabo en los centros educativos de nivel especial en el “CEBE N° 1 BEATO PIERRE FRANCOIS JAMET” ubicado en la av. Circunvalación N° 1375 ultima cuadra en la ciudad de Abancay, provincia de Abancay, departamento de Apurímac y el “CEBE N° 11 SAN GERMAN JAUME HILARI BARBAL – LA SALLE” ubicado en la av. Huáscar N° 210 segunda cuadra en la ciudad de Abancay, provincia de Abancay, departamento de Apurímac.

1.2.3.- Delimitación social

Estudiantes de diferentes edades y grados de nivel primario en las instituciones educativas de nivel especial (varones y mujeres).

1.3.- Formulación del problema

1.3.1.- Problema principal

¿Cuál es la relación que existe entre las condiciones de higiene oral y gingivitis en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay?

1.3.2.- Problemas secundarios

¿Cuál es el nivel de las enfermedades periodontales es la más frecuentes en tejidos duros en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay?

¿Cuál es el nivel de las enfermedades periodontales es la más frecuentes en tejidos blandos en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1.- Objetivo general

Determinar la relación que existe entre las condiciones de higiene oral y gingivitis en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay

1.4.2.- Objetivos específicos

- conocer las enfermedades periodontales mas frecuentes en tejidos duros en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay.

- conocer las enfermedades periodontales mas frecuentes en tejidos blandos en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay.

1.5.- Hipótesis de la investigación

1.5.1.- Hipótesis general

Existe relación significativa entre las condiciones de higiene oral y gingivitis en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay.

1.5.2.- Hipótesis secundarias

- Existe enfermedades periodontales mas frecuentes en tejido duro en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay

- Existe enfermedades periodontales mas frecuentes en tejido blando en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay.

1.6.- JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

Los alumnos con discapacidades intelectuales de las instituciones educativas del nivel especial, presentan un estado de salud gingival moderado con Índice Gingival Modificado severo

Los alumnos con discapacidades intelectuales de las instituciones educativas del nivel especial, presentan higiene oral no aceptable con Índice de Higiene Oral Simplificado regular.

El Índice de Higiene Oral simplificado es malo en el 60.78% del sexo masculino y en el 39.22% del sexo femenino.

El Índice Gingival modificado moderado según edad es leve en el 43.14% de los alumnos.

El Índice de Higiene Oral simplificado según edad es malo en los alumnos.

El Índice Gingival modificado según sexo es moderado en el 60.78% de los hombres y en el 39.22% de las mujeres.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes de la investigación

Reuland-Bosma, W, Van Dijk, L. (1986), realizaron estudios transversales y longitudinales en los cuales indicaban que la prevalencia de la Enfermedad Periodontal en personas con síndrome de Down por debajo de los 30 años era extremadamente alta; Los estudios epidemiológicos demostraron que existe una alta prevalencia y rápida progresión de la enfermedad periodontal en niños con Síndrome de Down (SD) (2).

Asociación Odontológica Argentina (1990), realizó un estudio transversal, respecto a las necesidades dentales de los pacientes con Síndrome de Down sobre una muestra de 192 personas, con edades comprendidas entre los 3 y 26 años de edad, que fueron comparados con otro grupo control constituido por personas de igual edad y sexo. El resultado fue que las personas con síndrome de Down tenían mayores problemas con respecto a su salud bucal; se concluyó que los pacientes con Síndrome de Down demandaban mayores cuidados que el grupo control (4).

Maita, L, Castañeda, M. (1998), realizaron un estudio transversal en el cual evaluaron la prevalencia de la enfermedad periodontal en individuos con síndrome de down. Se utilizó el examen clínico Periodontal (profundidad de sondaje clínica y nivel de adherencia clínica), radiografías periapicales e índice porcentual de placa bacteriana, además de la historia clínica Periodontal. Se concluyó que la gingivitis de placa bacteriana está presente en el 100% de los individuos investigados; la periodontitis está presente en el 50% de los individuos con Síndrome de Down; a mayor edad se incrementa la gingivitis y periodontitis; los valores del índice porcentual varían entre el 51.7% y el 100% de la muestra investigada.(5)

Gabre, P, et al. (2001), realizaron un estudio longitudinal en Suecia durante 8 años y medio en personas mentalmente retardadas de 21 a 40 años de edad en los que se analizó la prevalencia de caries, número de dientes remanentes, incidencia de mortalidad dentaría y pérdida de hueso interproximal, se encontró que:

- La incidencia de caries disminuyó.
- Los pacientes con Síndrome de Down perdieron más hueso interproximal que las demás personas.
- Los problemas periodontales fueron la causa principal de la pérdida de piezas dentarías.
- Los pacientes con retardo mental hospitalizados perdieron 3.72 piezas dentarías durante un periodo de observación de 10 años en que se efectuó este control.
- Las personas cooperaron bien con su tratamiento dental y aquellas que usaron neurolépticos perdieron menos dientes durante estos 10 años en comparación con otros pacientes con retardo mental.(6)

Otero, J. (2005), realizó un estudio transversal, en el cual estudio a 25 niños con Síndrome de Down (SD) entre 1 a 14 años de edad, comparándolos con un número igual de niños control. En los niños del primer grupo de casos, se observaron cuidados dentales menos complejos con respecto al grupo control. El grupo de casos usó biberón hasta los 18 meses en un 56 % comparado con 24% del grupo de controles. Tomaron el biberón en la cama al dormir en mayor proporción (40% contra 12%) por lo que era de esperarse un mayor grado de riesgo para hacer caries y hacer el Síndrome del Biberón.

Los niños con SD recibieron menor educación o ayuda durante su cepillado dentario (60 % contra 84 % del grupo Control) e hicieron su primera visita al dentista a una mayor edad. Se determinó que los niños con SD, tienen mayor predisposición para presentar enfermedades periodontales comparados con niños que no presentan este cuadro de salud.(7)

Cabellos, D (2006), realizó una investigación que tuvo como propósito relacionar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños discapacitados y evaluar la higiene bucal de estos mismos niños en el Centro Ann Sullivan del Perú, la muestra fue de 90 padres y sus respectivos hijos con discapacidad (Síndrome Down, Retardo mental, Autismo). Los resultados obtenidos en la investigación determinaron un regular nivel de conocimiento en los padres, en un 68,9% y el Índice de higiene oral encontrado en los niños fue malo con un 88,9%, estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre el IHO de los niños y el nivel de conocimiento de los padres, con un $p < 0,05$ y correlación inversa regular, $p = - 0,58$ con un $p < 0,05$. (8)

Navas, R, Mogollón, J. (2007), realizaron una investigación epidemiológica, descriptiva y transversal para determinar las condiciones de salud bucal de los niños y adolescentes con Síndrome de Down. La muestra definitiva fue no probabilística, de conveniencia y estuvo constituida por 35 niños y adolescentes y sus padres.

Del total de niños examinados 22 (62.8%) eran del género masculino y 13 (37.1%) del género femenino. En este estudio, la caries se observó en el 62,6% de la muestra; respecto a los casos de placa dental, el 71,2% de los sujetos mostraron placa dental, siendo el grado 1 (leve) el más frecuente. El total del índice de placa bacteriana de este estudio fue de 2,65. Del mismo modo, gingivitis de grado 1 fue la que se observó con mayor frecuencia. (9) Para enlazar la teoría y la observación formulé las siguientes hipótesis, conteniendo las variables a considerar que dieron rumbo a mi investigación y me sugirieron los pasos y procedimientos que debían darse.

Para dar a la investigación un sistema coordinado y coherente de conceptos y proposiciones que me permitan abordar el problema planteado, presento el siguiente marco teórico:

2.2.- Bases teóricas

Discapacidades Intelectuales

- Definición

Para el *Control Disease Center* (CDC), la discapacidad intelectual, también conocida como retraso mental, es un término utilizado cuando una persona no tiene la capacidad de aprender a niveles esperados y funcionar normalmente en la vida cotidiana. En los niños, los niveles de discapacidad intelectual varían ampliamente, desde problemas muy leves hasta problemas muy graves. Los niños con discapacidad intelectual puede que tengan dificultad para comunicar a otros lo que quieren o necesitan, así como para valerse por sí mismos. La discapacidad intelectual podría hacer que el niño aprenda y se desarrolle de una forma más lenta que otros niños de la misma edad. Estos niños podrían necesitar más tiempo para aprender a hablar, caminar, vestirse o comer sin ayuda y también podrían tener problemas de aprendizaje en la escuela.(10)

- Etiología

La discapacidad intelectual puede ser, según la CDC centros para el control y la prevención de enfermedades, la consecuencia de un problema que comienza antes de que el niño nazca hasta que llegue a los 18 años de edad. La causa puede ser una lesión, enfermedad o un problema en el cerebro. En muchos niños no se conoce la causa de la discapacidad intelectual, pero algunas de las más frecuentes de la discapacidad intelectual son el síndrome de down, el síndrome alcohólico fetal, el síndrome X frágil, afecciones genéticas, defectos congénitos e infecciones, ocurren antes del nacimiento. Otras causas ocurren durante el parto o poco después del nacimiento. En otros casos, las causas de la discapacidad intelectual no se presentan sino hasta cuando el niño es mayor, tales como lesiones graves de la cabeza, accidentes cerebrovasculares o ciertas infecciones.(10)

- Niveles

La Asociación Americana de Psiquiatría clasifica la discapacidad intelectual o retardo mental en cuatro niveles según el coeficiente intelectual (CI): (11)

Nivel	Coeficiente intelectual
Leve	50-55 y 70
Moderado	35-40 y 50-55
Grave	20-25 y 35-40
Profundo	Inferior a 20-25

Cada nivel presenta características generales:

a) Leve:

- CI entre 50-55 y aproximadamente 70.
- Incluye a la mayoría de personas afectadas por retraso mental (85%).

- Suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares.
- Presentan insuficiencias mínimas en las áreas sensoriomotoras.
- Pueden adquirir conocimientos que los sitúan, aproximadamente, en un 6to grado de primaria.
- Durante la vida adulta poseen habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía (pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia).
- Con el apoyo adecuado pueden vivir satisfactoriamente en la comunidad o en servicios supervisados.

b) Moderado:

- CI entre 35-40 y 50-55.
- Constituye alrededor del 10% de la población con retraso mental.
- Pueden adquirir habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez.
- Pueden aprovecharse de una formación laboral.
- Con supervisión moderada, pueden atender a su propio cuidado personal.
- Pueden beneficiarse de adiestramiento en habilidades sociales y laborales.
- Es improbable que progresen más allá de un 2do grado de primaria en materias escolares.
- Pueden aprender a trasladarse independientemente por los lugares que le son familiares.
- Durante la adolescencia, sus dificultades para reconocer las convenciones sociales pueden inferir en las relaciones con otras personas.
- En la etapa adulta son capaces de realizar trabajos no cualificados, siempre con supervisión.

c) Grave:

- CI entre 20-25 y 53-40.
- Incluye al 3.4% de las personas con retraso mental.
- Durante los primeros años de la niñez, adquieren un lenguaje comunicativo escaso o nulo.
- Durante la edad escolar pueden aprender a hablar.
- Pueden ser adiestrados en habilidades de autonomía personal.
- Serias limitaciones académicas.
- En la etapa adulta pueden ser capaces de realizar tareas simples, estrechamente supervisadas.
- En su mayoría, se adapta bien en la comunidad (hogares protegidos o familias).

d) Profundo:

- CI inferior a 20-25.
- Constituyen aproximadamente el 1.2% de las personas con retraso mental.
- La mayoría presenta una enfermedad neurológica identificada.
- Durante los primeros años de niñez, presentan considerables alteraciones del funcionamiento sensoriomotor.
- El desarrollo motor, las habilidades para la comunicación y el cuidado personal pueden mejorar si se les somete a un adiestramiento.
- Algunos pueden realizar tareas simples en instituciones protegidas y estrechamente vigiladas.

• Patología bucal en pacientes con discapacidad intelectual

Las personas con discapacidad y, especialmente con discapacidad intelectual, pueden presentar un mayor grado de patologías bucodentales respecto al resto de población, principalmente a causa de dificultades motoras para realizar una correcta técnica de cepillado, así como por la toma continuada de medicamentos.

Según varios estudios publicados, las personas con discapacidad presentan altas patologías bucodentales, diferenciándose en mayor o menor medida su gravedad en función de la tipología de discapacidad presente. En casos de discapacidad intelectual y de parálisis cerebral, los pacientes suelen presentar problemas de higiene dental, caries, bruxismo, pérdidas de piezas dentales, problemas de paladar y carencias nutricionales debido a dificultades de deglución. Se pueden, además, identificar patologías también relacionadas con la incapacidad de realizar una correcta higiene dental, derivados de dificultades en la comunicación, de accesibilidad o a causa de movilidad reducida.(12)

Las personas discapacitadas se ven forzadas a sufrir una pésima higiene bucodental, odontalgias recidivantes y en el mejor de los casos exodoncias masivas. Las causas más evidentes son: (12)

1. Higiene deficiente: la limitación física o la deficiencia intelectual hacen de este aspecto una situación muy difícil de abordar en estos pacientes.
2. Dieta y patrones alimentarios: consumo excesivo de carbohidratos, alimentos de consistencia blanda y poca ingestión de líquidos. Este tipo de dieta, con escasa autoclisis por falta de masticación, facilita la retención de placa bacteriana, facilitando el desarrollo de patología de caries y de enfermedad periodontal.
3. Medicamentos: aumentan el riesgo de problemas dentales. El consumo prolongado de jarabes azucarados, hidantoinas (asociado a hiperplasias gingivales), sedantes, barbitúricos y antihistamínicos hacen disminuir la secreción salival.
4. Malformaciones dentarias: hiperplasias, apiñamientos o alteraciones funcionales (respirador oral, bruxismo) dificultan el adecuado control de la placa bacteriana.

Síndrome de Down

El síndrome de down o Trisomía 21, es una de las patologías más comunes que se asocian a retardo mental (13). La causa de este síndrome es una alteración en el número cromosómico, en donde hay un exceso en el cromosoma 21; en lugar de existir 46 cromosomas hay 47. Este tipo de pacientes presentan determinadas alteraciones bucales:

a) Tejido Blando

- Labios: La boca es importante en relación con las facies de este síndrome. Morfológicamente los labios no se consideran insólitos. Al nacimiento y la primera infancia, son similares al del los niños normales. Los cambios que aparecen suelen creerse que son secundarios y probablemente están relacionados con el hecho de mantener la boca abierta y con la protrusión habitual de la lengua, que permite que los labios estén excesivamente bañados por la saliva y después se vuelven secos y agrietados (14).
- Lengua: Es normal en el momento del nacimiento, pero más tarde aparece una hipertrofia de las papilas caliciformes. La hipertrofia papilar no aparece antes del segundo año y la fisuración supone que empieza a partir de los 4 años (15), sin embargo THOMPSON encontró hipertrofia papilar en el primer año de vida. Alguna que otra vez, la fisuración suele empezar ya a los seis meses de edad.
La causa de la hipertrofia papilar y de la estriación es desconocida. Una de las razones que se dan frecuentemente para estos procesos es la excesiva succión de la lengua (16).
Frecuentemente, se dice que la lengua, por los múltiples surcos que la cruzan principalmente en dirección transversal (signos que son más notables cuando el órgano esta en protrusión máxima), es la lengua escrotal (17), sin embargo es más importante que este órgano sea de gran volumen comparado con el de la lengua de una persona no afectada por

este síndrome, ya que al explorar la lengua de un niño con síndrome de down, se observa que con el órgano en reposo relativo y la boca abierta, los bordes linguales rebasan las caras oclusales de las molares, con lo que se puede establecer el grado de macroglosia existente. Se considerará macroglosia de primer grado cuando la lengua, en posición de descanso, no llega a la fosa media de las caras oclusales de los molares; será macroglosia de segundo grado cuando lengua, en posición de descanso, pase la porción media oclusal de los molares (14).

Por otra parte, la forma de la lengua de estas personas, es redondeada o roma en la punta, su superficie es áspera y las papilas son más separadas entre sí que lo normal.

Muchas veces, con sólo ver la lengua de estos pacientes, se puede pensar, que se trata de un Síndrome de Down, así de característica es la lengua (14).

- Encías: Los dientes de estos pacientes se encuentran rodeados por abundante tejido gingival, generalmente de color rosa y en ocasiones poco inflamados, pero no más que en una persona normal. La encía, vista en un corte sagital, parecería ser rectangular. Su consistencia es firme y por lo general no existe formación de bolsas (14). La enfermedad periodontal, que puede empezar ya a los tres años de edad, puede producir la pérdida prematura de los incisivos temporales antes de los cinco años (14).

La gravedad del proceso parece aumentar uniformemente con la edad, y los incisivos inferiores suelen ser los primeros en ser afectados (2). Más adelante, el proceso se propaga a los otros dientes. En los pacientes jóvenes, la primera indicación de su iniciación suele ser una gingivitis intensa, con ulceraciones y escaras en las papilas interdetales y los márgenes gingivales. Algunas veces, la pérdida del hueso alveolar y el consiguiente desprendimiento de los dientes preceden a la iniciación de la gingivitis (2). La causa de la enfermedad periodontal no está clara. Down creía que los factores locales no podían explicar el proceso y consideraba que la anoxia, resultante de la mala circulación, es una causa posible.

Otros autores, han sugerido que la susceptibilidad a la infección, factores nutricios o una higiene oral defectuosa pueden ser causas, pero es dudosa que alguna de ellas sea de importancia primordial (2). La evidencia de una relación entre la enfermedad periodontal y los niveles de ácido cítrico en la sangre, que se ha observado en personas normales, no ha sido establecida en el Síndrome de Down (18).

La prevalencia de enfermedad periodontal es alta (5). Aunque se presenten placa bacteriana, cálculo e irritantes locales como maloclusiones e higiene bucal deficiente, la gravedad de la destrucción periodontal excede a la que se aplica por los factores locales únicamente (2). No hay una explicación satisfactoria para la prevalencia y gravedad de la destrucción periodontal que se relacione con el síndrome de down, aunque se mencionan los siguientes factores: deterioro físico general de estos pacientes a una edad temprana (19), disminuida resistencia a las infecciones por circulación deficiente, en especial en las áreas de vascularización terminal como el tejido gingival,(20) defecto en la maduración de las células T y en la quimiotaxis de los leucocitos polimorfonucleares (2).

Se señala un aumento de las cantidades de *Bacteroides melaninogénicus* en la boca de estos niños (21).

b) Tejido Duro:

- Paladar: Clínicamente se va a encontrar un paladar ojival; en un estudio clínico métrico del paladar, se determinó que se trata además de un paladar pequeño en su conjunto (ancho, largo y altura).

Shapiro y cols. (1967) hicieron mediciones directas de la altura, anchura y longitud del paladar en 153 pacientes con síndrome de down, cuyas edades oscilaban entre los 7 y 66 años y compararon estos datos con los procedentes de sujetos normales. Llegaron a la conclusión de que la bóveda del paladar, en el síndrome de down, tienen probablemente una altura aumenta, pero a la vez, es más estrecho y claramente más corto que

el normal; las variaciones morfológicas de la bóveda palatina pueden estar condicionadas por dos razones fundamentales: la causa congénita y las dificultades respiratorias (la boca se mantiene abierta debido a la nasofaringe relativamente estrecha y a las amígdalas y adenoides desusadamente grandes) (22).

La hendidura palatina y el labio leporino aparecen cada uno en alrededor del 0.6% de las personas con síndrome de down, una frecuencia substancialmente superior a la de la población en general (23). Schendel y Gorling examinaron 389 pacientes con síndrome de down y encontraron una hendidura palatina submucosa en 3 personas (0.8%) y algún grado de úvula bífida en 18 personas (4.6%), incidencias mayores que las de la población en general. Consideraron estas anomalías como micromanifestaciones de la forma aislada más grave de hendidura palatina (23).

- Dientes: Hay un número cada vez mayor de informes en la literatura que se refieren a anomalías de los dientes y de las encías en el Síndrome de Down. Los dientes temporales son frecuentemente tardíos en su erupción y el patrón puede ser diferente del que se produce en los normales (23). Los primeros incisivos pueden no aparecer hasta los 9 meses. La erupción del primer diente puede estar retrasada hasta los 20 meses o más. La dentición temporal no puede completarse hasta los 4-5 años de edad. El patrón de erupción también puede estar perturbado, de manera que los molares aparecen antes de que hayan hecho erupción todos los incisivos. En algunos casos el patrón de erupción es peculiar porque ciertos dientes temporales y algunos permanentes faltan (14).

Los dientes permanentes suelen aparecer más regularmente que los temporales. Sin embargo, numerosos observadores han notado una erupción retardada o irregular de los dientes permanentes (24).

La ausencia congénita o la fusión de dientes temporales no son ajenas en los niños con síndrome de down. En la segunda serie de Barkla, estos hallazgos implicaron siempre los incisivos laterales (25).

Una caída precoz de los dientes temporales, especialmente de los incisivos laterales y centrales, es frecuente. Además se ha denunciado la ausencia congénita de ciertos dientes permanentes laterales superiores están a menudo afectados. Ingalls Y Butler observaron que estos dientes estaban congénitamente ausentes en el 25% y no desarrollados en el 10%.

Señalaron que un tercio, de los niños con síndrome de down, tienen incisivos permanentes laterales superiores congénitamente ausentes o defectuosos (26).

Los dientes en el síndrome de down se consideran microdónticos y muestran anormalidades de forma (diente en clavija) o con malformaciones de la corona. Las mediciones de la anchura medio distal de los dientes permanentes han demostrado, en general, una reducción de tamaño en comparación con los controles (27).

Autismo

Es un trastorno permanente del desarrollo neurológico, que a menudo tiene un origen genético. La etiología del autismo al día de hoy es incierta.

Existe evidencia de que el autismo es un desorden neurológico de base orgánica, cuyas posibles causas son trastornos prenatales, perinatales y anomalías cromosómicas. Algunos autores sugieren que este trastorno se debe al desarrollo atípico de las neuronas del hipocampo y de la amígdala, debido a que son más densas y cortas, impiden la señal nerviosa. Otras investigaciones, sindicaron a la anomalía en los neurotransmisores, específicamente disminuciones en la cantidad de serotonina, como la causa del autismo. Se sabe que los factores genéticos pueden incrementar la vulnerabilidad del niño o el riesgo de autismo. Este tipo de influencia es diferente de la que se aprecia en otros trastornos, tales como el síndrome de Down o la fibrosis quística, en los que el trastorno está provocado por una mutación genética. Se presume que está presente desde el nacimiento pero, usualmente, se hace aparente antes de los 3 años de edad. El autismo es una discapacidad del desarrollo que tiene mayor incidencia en hombres que mujeres, afectando a la capacidad del individuo para comunicarse, comprender el lenguaje, el juego, e interactuar con otros.

La salud bucal y las necesidades dentales de los niños y jóvenes autistas fue estudiada por Shapira et al., en donde compararon la salud bucal de los niños autistas y esquizofrénicos institucionalizados y encontraron que los niños autistas, presentaban mayor frecuencia y severidad en patología periodontal, pero menores niveles de caries. Se comprobó que la mayor necesidad de prestación de servicio dental en los niños autistas era a nivel de cirugía periodontal y de instrucciones sobre higiene bucal y nutrición (28). Lowe y col., estudiaron a un grupo de veinte niños autistas y los compararon con un grupo de otros veinte niños no autistas empleados como control (29).

En la dentición primaria, los pacientes con autismo demostraron índices significativamente superiores de caries que el grupo control en una exploración inicial, pero en exámenes sucesivos, los niveles eran equivalentes, lo mismo que

ocurría en la dentición permanente. Tampoco se encontraron valores con diferencias significativas en cuanto a higiene bucal se refiere, pero sí enfatizaron en la necesidad de enseñar instrucciones sobre higiene bucal y un mayor entrenamiento para los pacientes, a fin de incrementar sus habilidades motoras y conseguir una higiene bucal más eficaz (29).

Swallow, J., postuló que la necesidad actual de las familias y los pacientes no era tanto en tratamiento dental, sino en tratar de incrementar la familiarización con el cuidado dental y preventivo (34).

Shapira, J. et al., realizaron un estudio en el que se evaluaron a 301 niños, de los cuales 62 eran autistas, se concluyó que el autismo no es un factor de riesgo para la caries en niños de entre 7 y 12 años (28). La experiencia de caries en dientes permanentes en los niños autistas fue menor que en los que no padecían este desorden, atribuyéndose a que los pacientes autistas consumían menos azúcar y el mayor cuidado dental por sus madres que les cepillaban los dientes.

También se encontró que el nivel del tratamiento dental era menor en los niños con autismo (30). Este dato fue corroborado en diversos estudios que lo justifican explicando que los niños autistas son más difíciles de tratar a nivel odontológico (12).

La mayoría de los autores, por tanto, no encuentran diferencias significativas en cuanto a susceptibilidad a caries y enfermedad periodontal. Contrastando esta información, otros encuentran una mayor susceptibilidad a caries, atribuyéndola a la preferencia por parte de los niños autistas de una dieta dulce y blanda y a la incapacidad de desarrollar adecuadas habilidades masticatorias de autoclisis y cuidados de higiene.

Se han descrito problemas relacionados con hábitos nocivos tales como bruxismo, autolesión en la lengua, labios y encías, mordisqueo de uñas,

bolígrafos, mayor incidencia de traumatismos. Para evitarlos se ha sugerido el empleo de protectores bucales, pero en muchas ocasiones éstos no pueden ser tolerados por los niños diagnosticados de autismo (31).

Manejo odontológico

Familiarizar al niño discapacitado intelectual con la figura del Odontólogo, puede ayudar en la consecución de los objetivos de salud bucal que, sin duda, mejorarán su calidad de vida futura. Son niños que, en ocasiones, no pueden manifestar sus sentimientos y percepciones, tales como miedo o dolor, lo que hace más complicado su manejo (12) (24).

Debido a las características conductuales y psicológicas de este tipo de pacientes, los protocolos que habitualmente estamos acostumbrados a emplear deberán modificarse en cierta medida. La labor de la familia y de los centros de educación especial son fundamentales para la consecución de nuestro objetivo: conseguir unos niveles óptimos de salud bucal (32).

Una atención integral del paciente con discapacidad intelectual incluye el consejo a los padres, la educación especial (a veces con un mayor énfasis en la modificación de conducta) en un entorno altamente estructurado, terapia del lenguaje y entrenamiento en habilidades sociales con el último fin de alcanzar la independencia en actividades de la vida diaria y de autocuidados, como es el mantenimiento de la salud oral (33).

Índice Gingival (IG)

Fue desarrollado por Silness y Loe en 1963 y perfeccionado nuevamente por Loe en 1967, para medir diferentes niveles de inflamación gingival. Este índice se utiliza para evaluar el tejido gingival en lo que respecta a los estadios de gingivitis y enfermedad periodontal reversible, pero no a pérdida ósea ni a periodontitis irreversible. En la actualidad sólo es utilizado para medir gingivitis y ningún estadio de enfermedad periodontal, siendo más indicado que el Índice PMA (papilar proximal y encía adherida) para medir presencia y gravedad de la

gingivitis, con la desventaja que requiere utilizar sonda periodontal, lo que exige una calibración más estricta.

Como ya referimos se examina la encía alrededor del diente utilizando un espejo bucal y una sonda periodontal para determinar cambios de color, textura, hemorragia y presencia o ausencia de ulceración. Para medir este Índice se pueden examinar todos los dientes o los que mostramos a continuación:

- Dentición temporal:

- Primera molar superior derecha
- Incisivo central superior derecho
- Primera molar superior izquierda
- Primera molar inferior izquierda
- Incisivo central inferior izquierdo
- Primera molar inferior derecha

- Dentición permanente

- Primera molar superior derecho
- Incisivo central superior derecho
- Primer premolar superior izquierdo
- Primera molar inferior izquierda
- Incisivo central inferior izquierda
- Primer premolar inferior derecho

En casos de dientes ausentes serán sustituidos por el diente sucesivo. En dentición mixta en el sector anterior se sustituirán por el permanente sucesivo y en el sector posterior se evaluaron las primeras molares permanentes. Los sitios que se evalúan en cada diente son los siguientes:

- Papila distovestibular
- Margen gingival vestibular
- Papila mesiovestibular
- Margen gingival lingual (todo, de papila a papila)

Se adjudica un puntaje de 0-3 a cada una de estas cuatro zonas, de conformidad con los siguientes criterios:

PUNTAJE	CRITERIO
0	Ausencia de inflamación: encía normal
1	Inflamación leve: ligero cambio de color y escaso cambio de textura, sin sangrado al sondaje.
2	Inflamación moderada: enrojecimiento y aspecto brillante, edema e hipertrofia moderada, sangrado al sondaje.
3	Inflamación severa: marcado color rojo, edema e hipertrofia pronunciada, sangrado espontáneo, ulceraciones.

El puntaje obtenido en cada diente se suma y se divide. El IG obtenido, de acuerdo al puntaje, será:

- Leve: 0.1 - 1.0
- Moderada: 1.1 – 2.0
- Severa: 2,1 – 3.0

Índice Gingival-Modificado (IG-m):

Es una modificación del anterior realizada en 1986 por Lobene y col, eliminando el criterio de detección de hemorragia, lo cual simplifica su obtención al no tener que utilizar sondas.

Índice de Higiene Oral (IHO)

Fue desarrollado por Løe y Silness, como complemento del índice gingival y valora el área del diente cubierta por placa. La ausencia o presencia de placa se realiza en forma visual o deslizando la punta de una sonda a través de la superficie dentaria en la entrada del surco gingival.

Para medir este índice, se pueden examinar todos los dientes (IHO) o los que mostramos a continuación (IHO- simplificado).

- Dentición temporal:

- Primera molar superior derecha
- Incisivo central superior derecho
- Primera molar superior izquierda
- Primera molar inferior izquierda
- Incisivo central inferior izquierdo
- Primera molar inferior derecha

- Dentición permanente

- Primera molar superior derecho
- Incisivo central superior derecho
- Primer premolar superior izquierdo
- Primera molar inferior izquierda
- Incisivo central inferior izquierda
- Primer premolar inferior derecho

En casos de dientes ausentes, serán sustituidos por el diente sucesivo. En dentición mixta en el sector anterior, se sustituirán por el permanente sucesivo y en el sector posterior se evaluarán las primeras molares permanentes. Los sitios a evaluar, en cada diente, son los siguientes:

- Superficie vestibular
 - Primera molar superior derecho
 - Incisivo central superior derecho
 - Primer premolar superior izquierdo
 - Incisivo central inferior izquierda

- Superficie lingual
 - Primera molar inferior izquierda
 - Primer premolar inferior derecho

El puntaje tiene un rango entre 0 y 3, de acuerdo con los siguientes criterios.

PUNTAJE	CRITERIO
0	Ausencia de placa.
1	Presencia de placa bacteriana en el 1/3 cervical.
2	Presencia de placa bacteriana en 2/3 del diente.
3	Presencia de placa bacteriana en toda la superficie dentaria.

$$HO = \frac{\sum \text{de los todos los puntajes}}{6}$$

6

- Higiene bucal buena: 0.1 - 1.2
- Higiene bucal regular: 1.3 - 2.0
- Higiene bucal mala: 2.1 - 3.0

2.3.- Definición de términos

- **Síndrome de Down:** El síndrome de down o Trisomía 21, es una de las patologías más comunes que se asocian a retardo mental. La causa de este síndrome es una alteración en el número cromosómico, en donde hay un exceso en el cromosoma 21; en lugar de existir 46 cromosomas hay 47.
- **hipertrofia papilar:** la hipertrofia o elongación de las papilas foliáceas (HPF) es el aumento del volumen con alteración del aspecto de las formaciones linfoides situadas en la parte posterolateral del borde de la lengua.
- **macroglosia:** es un trastorno en el que la lengua es más grande de lo normal (en posición de reposo protruye más allá del reborde alveolar) generalmente debido a un aumento en la cantidad de tejido y no debido a un crecimiento externo como en el caso de un tumor. Esta afectación se puede observar en ciertos transtornos hereditarios o congénitos (existentes al nacer).
- **enfermedad periodontal:** Las enfermedades periodontales comprenden un conjunto de circunstancias que afectan a cualquier órgano del periodonto, es decir, es un proceso inflamatorio de las encías que ocasiona daños en los tejidos de los dientes.
- **gingivitis:** La gingivitis es una enfermedad bucal generalmente bacteriana que provoca inflamación y sangrado de las encías, causada por los restos alimenticios que quedan atrapados entre los dientes.
- **maloclusiones:** se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí.
- **quimiotaxis:** es un tipo de fenómeno en el cual las bacterias y otras células de organismos uní o pluricelulares dirigen sus movimientos de acuerdo con la concentración de ciertas sustancias químicas permite a las bacterias encontrar alimento, nadando hacia la mayor concentración de moléculas alimentarias en su medio ambiente.
- **leucocitos polimorfonucleares:** Son células del sistema inmunitario caracterizadas por un núcleo alargado que ostenta de 3 a 5 lóbulos separados por finas hebras de cromatina. Todas las variantes de esta célula tienen gránulos en

el citoplasma. Además, tienen la capacidad de moverse y alimentarse mediante prolongaciones del citoplasma, por eso se dice que son pseudópodos.

- **microdoncia:** la microdoncia, en este caso, se da cuando una o varias piezas dentarias tengan un tamaño más pequeño de lo habitual.

- **Autismo:** Es un trastorno permanente del desarrollo neurológico, que a menudo tiene un origen genético. La etiología del autismo al día de hoy es incierta.

Existe evidencia de que el autismo es un desorden neurológico, cuyas posibles causas son trastornos prenatales, perinatales y anomalías cromosómicas.

-**Índice Gingival (IG):** Este índice se utiliza para evaluar el tejido gingival en lo que respecta a los estadios de gingivitis y enfermedad periodontal reversible, En la actualidad sólo es utilizado para medir gingivitis y ningún estadio de enfermedad periodontal.

- **Índice de Higiene Oral (IHO):** La ausencia o presencia de placa se realiza en forma visual o deslizando la punta de una sonda a través de la superficie dentaria en la entrada del surco gingival.

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1 Tipo de investigación

La presente investigación corresponde al tipo de investigación, descriptivo porque se realizará un análisis minucioso de los datos obtenidos de la encuesta sobre la atención en los niños de instituciones educativas del nivel especial. Es prospectivo ya que se realizará en el presente año 2016. Además la presente investigación se caracteriza por ser de corte transversal ya que los datos obtenidos corresponderán a un solo evento y para ello se tomará el registro de encuesta más reciente de acuerdo a la edad y sexo del paciente.

3.2 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación, es NO EXPERIMENTAL es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se basa fundamentalmente en la observación de tal y como se dan en su momento natural para analizar con posterioridad. En este tipo de investigación no hay condiciones ni estímulos a los cuales se expongan. Los alumnos son observados en su ambiente natural.

3.3 Población y muestra de la investigación

3.3.1.- Población

En el presente estudio la población estuvo constituida por los alumnos de las instituciones educativas de nivel especial de Abancay.

3.3.2.- Muestra

La muestra estuvo constituida por 51 alumnos, los cuales representan la totalidad de escolares que concurren regularmente en las instituciones educativas de nivel especial de Abancay.

3.4.- variables, dimensiones e indicadores

Variables	Dimensiones	indicadores
1-variable 1	-condiciones buenas	-buena higiene oral -ausencia de enfermedad
-condiciones de Higiene oral	-condiciones malas	-mala higiene bucal -presencia de enfermedad
2-variable 2		
-gingivitis	-inflamación de encía	-sangrado -crecimiento -retracción

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1.- Técnicas

Para el presente estudio, se tuvo como instrumento al consentimiento informado

(Anexo 1) y al instrumento de recolección de datos (Anexo 2).

Previo al consentimiento informado, los datos de filiación se hicieron mediante la técnica indirecta, utilizando las encuestas de registro de matrícula de las instituciones educativas de nivel especial de Abancay.

Examen clínico

Para el índice gingival modificado, se analizaron:

- Papila distovestibular
- Margen gingival vestibular
- Papila mesiovestibular
- Margen gingival lingual (todo, de papila a papila)

En donde se colocó el siguiente puntaje:

- 0 : Ausencia de inflamación.
- 1 : Inflamación gingival de ligera a moderada.
- 2 : Gingivitis moderada a ligeramente avanzada que se extiende alrededor del cuello del diente.
- 3 : Gingivitis severa (enrojecimiento, inflamación, sangrado y ulceración).

Se hizo la sumatoria de todas las piezas y se dividió entre 6, obteniendo así el índice gingival-modificado:

- Leve: 0.1 – 1.0
- Moderada: 1.1 – 2.0
- Severa: 2.1 – 3.0

Para el índice de higiene oral simplificado (IHO-s) se analizaron 6 dientes, los dientes superiores fueron examinados por vestibular y en el caso de los dientes inferiores por lingual, menos el incisivo que fue evaluado por vestibular, en los cuales se colocó:

- 0 : Ausencia de placa bacteriana.
- 1 : Presencia de placa bacteriana en el 1/3 cervical.
- 2 : Presencia de placa bacteriana en 2/3 del diente.
- 3 : Presencia de placa bacteriana en toda la superficie dentaria.

Se sumó el puntaje para luego dividirlo entre seis, obteniendo así el resultado del IHO-S el cual será clasificado según la escala:

- Buena: 0.1 – 1.2
- Regular: 1.3 – 2.0
- Mala: 2.1 – 3.0

3.5.2.- Instrumentos

Discapacidad intelectual se hará mediante la técnica indirecta, utilizando las encuestas de cada alumno brindada por las instituciones educativas de nivel especial de Abancay.

3.6.- procedimientos

1. Formulación del proyecto.
2. Formulación aceptada del proyecto por el director de carrera y asesores.
3. Ejecución del proyecto a través de una solicitud enviada a los centros educativos de nivel especial.
4. Aceptación de la solicitud o del cargo de las directoras de los centros educativos de nivel especial.
5. Ejecución del proyecto base la técnica de instrumento que fue aceptada.
6. Recolección de datos.
7. Aceptada por el director de carrera.

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1.- resultados

Tabla Nro. 1

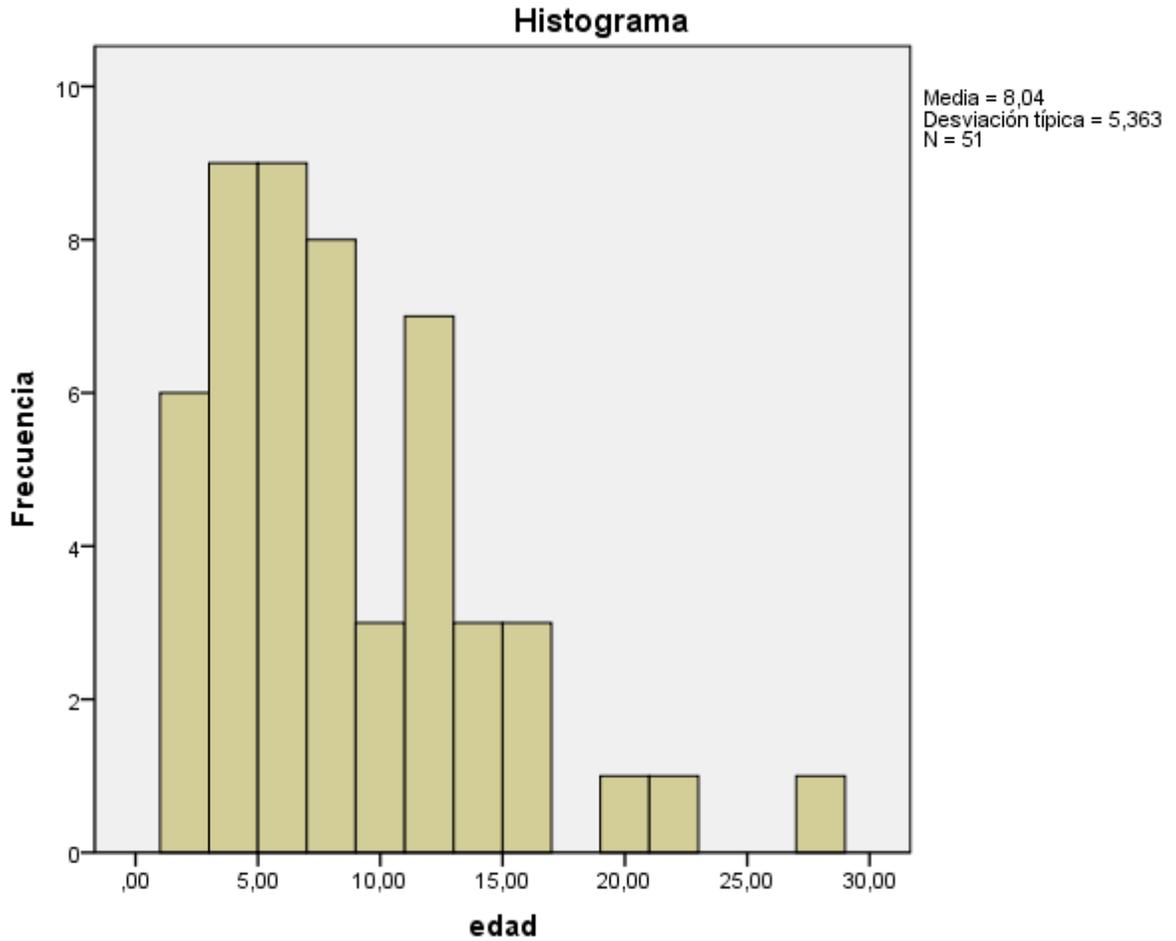
Pacientes según edad de las instituciones educativas de los colegios especiales
mayo – julio 2016, abancay.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 2,00	6	11,8	11,8	11,8
3,00	4	7,8	7,8	19,6
4,00	5	9,8	9,8	29,4
5,00	5	9,8	9,8	39,2
6,00	4	7,8	7,8	47,1
7,00	7	13,7	13,7	60,8

8,00	1	2,0	2,0	62,7
9,00	2	3,9	3,9	66,7
10,00	1	2,0	2,0	68,6
11,00	4	7,8	7,8	76,5
12,00	3	5,9	5,9	82,4
13,00	2	3,9	3,9	86,3
14,00	1	2,0	2,0	88,2
15,00	3	5,9	5,9	94,1
19,00	1	2,0	2,0	96,1
21,00	1	2,0	2,0	98,0
27,00	1	2,0	2,0	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Figura Nro. 1

Porcentaje de pacientes según edad de las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.



En la tabla e histograma se observa que el 13.7 % y 11.8 % de los pacientes son de las edades de 7 y 2 años con mayor porcentaje, seguido del 2 % de los pacientes de las edades de 8, 10 , 14 ,19, 21 y 27 años con menor porcentaje.

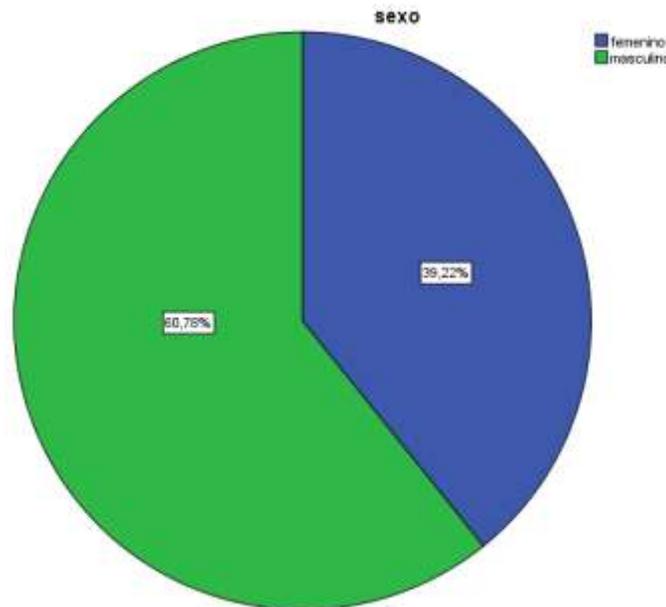
TABLA Nro. 2

Pacientes según sexo de las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
femenino	20	39,2	39,2	39,2
masculino	31	60,8	60,8	100,0
Total	51	100,0	100,0	

TABLA Nro. 2

Porcentaje de pacientes según sexo de las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.



En la tabla y la figura se observa que el 60.78 % de los pacientes son de sexo masculino, seguido del 39.22 % de los pacientes de sexo femenino.

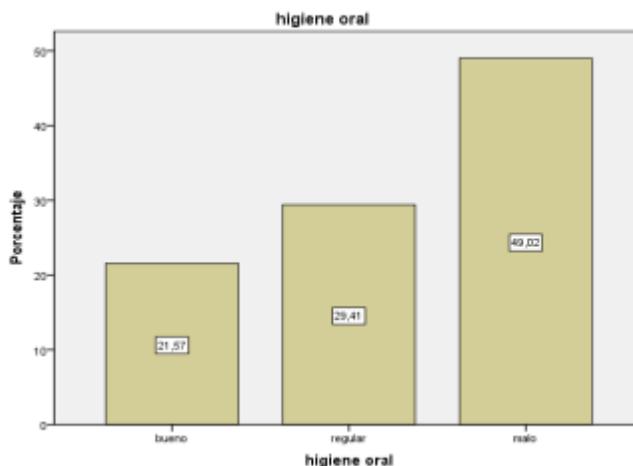
TABLA Nro. 3

Pacientes atendidos con higiene oral en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
bueno	11	21,6	21,6	21,6
regular	15	29,4	29,4	51,0
malo	25	49,0	49,0	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Figura Nro. 3

Porcentaje de Pacientes atendidos con higiene oral en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

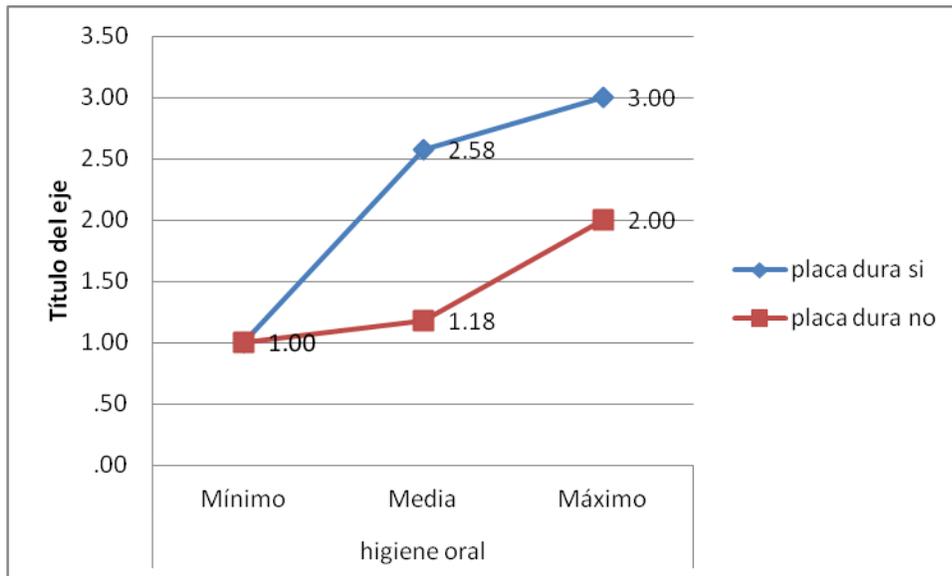


En la tabla y barra se observa que el 21.6 % de los pacientes atendidos son de buena higiene oral, seguido del 29.41 % de los pacientes atendidos son de regular higiene oral y por último el 49.02 % de los pacientes atendidos son de mala higiene oral.

Tabla Nro. 3

Estadísticas de placa dura en la higiene oral

		higiene oral		
		Mínimo	Media	Máximo
placa dura	si	1,00	2,58	3,00
	no	1,00	1,18	2,00



En la tabla se observa que la categoría de “si” de placa dura presenta un mínimo de 1, una media de 2.58 y un máximo de 3, mientras que en la categoría de “no” de placa dura presenta un mínimo de 1, una media de 1.18 y un máximo de 2.

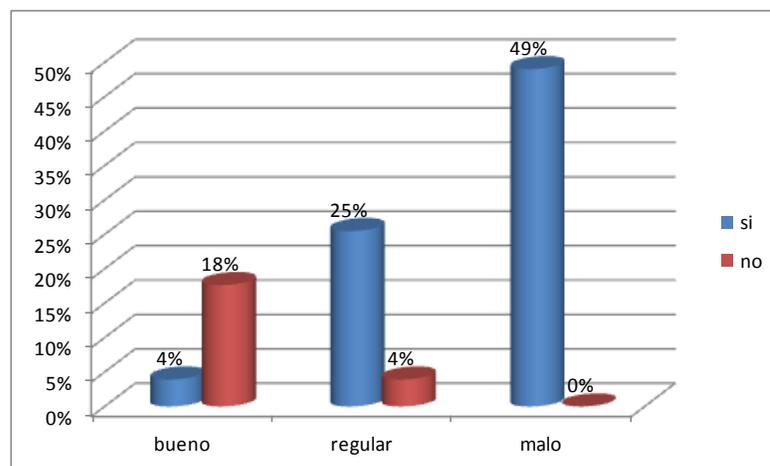
TABLAS Nro. 3

Pacientes por placa dura según higiene oral en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay

	higiene oral							
	bueno		regular		malo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
placa si	2	3,9%	13	25,5%	25	49,0%	40	78,4%
dura no	9	17,6%	2	3,9%	0	,0%	11	21,6%
Total	11	21,6%	15	29,4%	25	49,0%	51	100,0%

Gráfico Nro. 3

Porcentaje de Pacientes por placa dura según higiene oral en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay



En la tabla personalizada se observa que el 21.6 % de los pacientes atendidos son de buena higiene oral, seguido del 29.41 % de los pacientes atendidos son de regular higiene oral y por último el 49.02 % de los pacientes atendidos son de mala higiene oral.

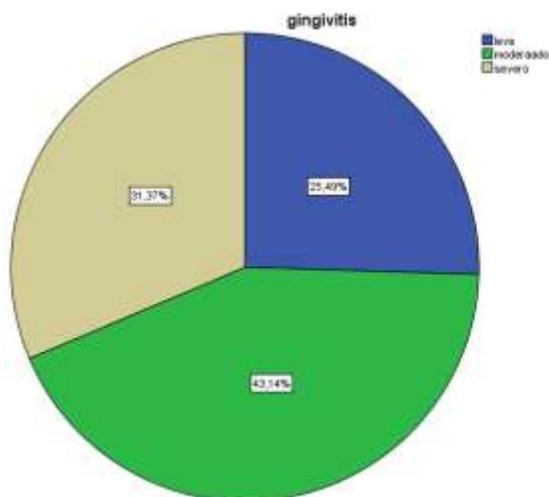
TABLA Nro. 4

Pacientes atendidos con gingivitis en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
leve	13	25,5	25,5	25,5
moderado	22	43,1	43,1	68,6
severo	16	31,4	31,4	100,0
Total	51	100,0	100,0	

TABLA Nro. 4

Porcentaje de pacientes atendidos con gingivitis en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

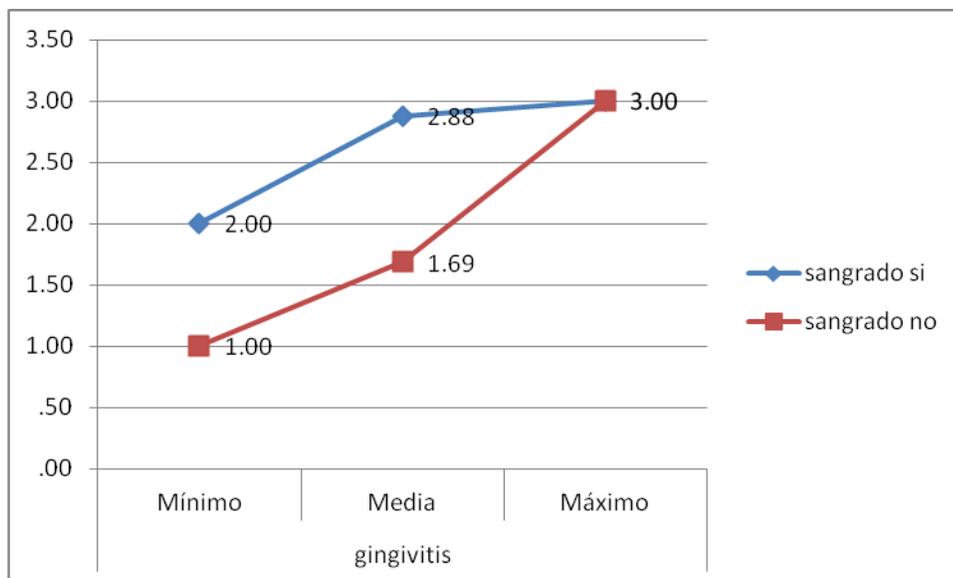


En la tabla y figura se observa que el 25.49 % de los pacientes atendidos presentan gingivitis leve, seguido del 43.14 % de los pacientes atendidos presentan gingivitis moderado y por último el 31.37 % de los pacientes atendidos presentan gingivitis severo.

Tabla Nro. 4

Estadística de sangrado en la gingivitis

	gingivitis		
	Mínimo	Media	Máximo
sangrado si	2,00	2,87	3,00
no	1,00	1,69	3,00



En la tabla se observa que la categoría de “si” de sangrado presenta un mínimo de 2, una media de 2.88 y un máximo de 3, mientras que en la categoría de “no” de sangrado presenta un mínimo de 1, una media de 1.69 y un máximo de 3

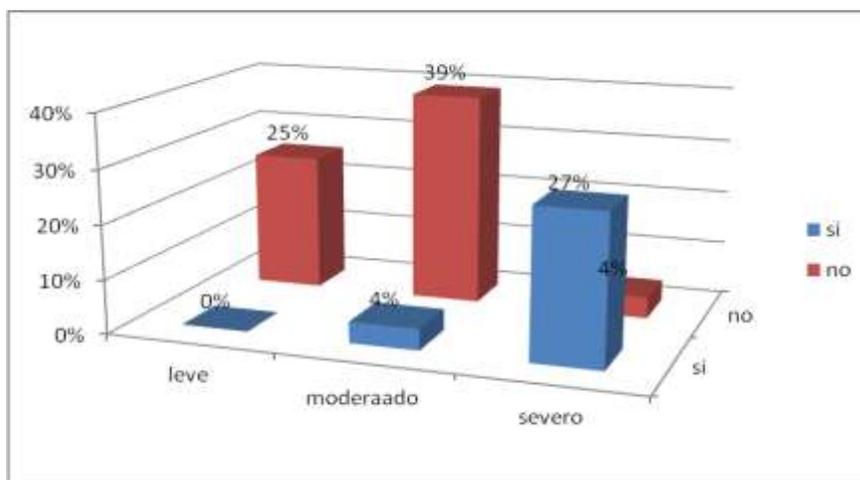
TABLA Nro. 4

Paciente por sangrado según la gingivitis en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay

		gingivitis							
		leve		moderado		severo		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
sangrado	si	0	0,0%	2	3,9%	14	27,5%	16	31,4%
	no	13	25,5%	20	39,2%	2	3,9%	35	68,6%
Total		13	25,5%	22	43,1%	16	31,4%	51	100,0%

Grafico Nro. 4

Porcentaje de paciente por sangrado según la gingivitis en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.



En la tabla y figura se observa que el 25.49 % de los pacientes atendidos presentan gingivitis leve, seguido del 43.14 % de los pacientes atendidos presentan gingivitis moderado y por último el 31.37 % de los pacientes atendidos presentan gingivitis severo.

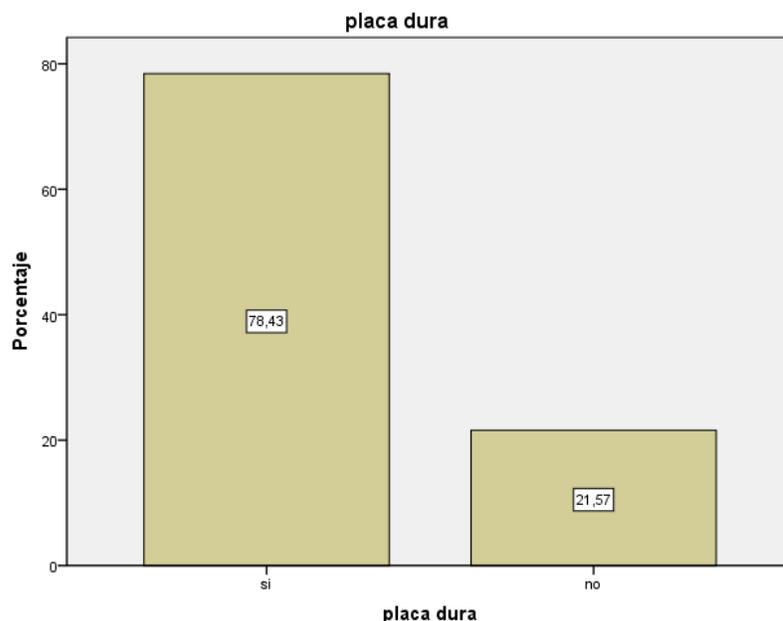
TABLA Nro. 5

Pacientes atendidos con placa dura en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	40	78,4	78,4	78,4
no	11	21,6	21,6	100,0
Total	51	100,0	100,0	

TABLA Nro. 5

Porcentaje de pacientes atendidos con placa dura en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.



En la tabla y barra se observa que el 78.43 % de los pacientes atendidos presentan placa dura, seguido del 21.57 % de los pacientes atendidos no presentan placa dura.

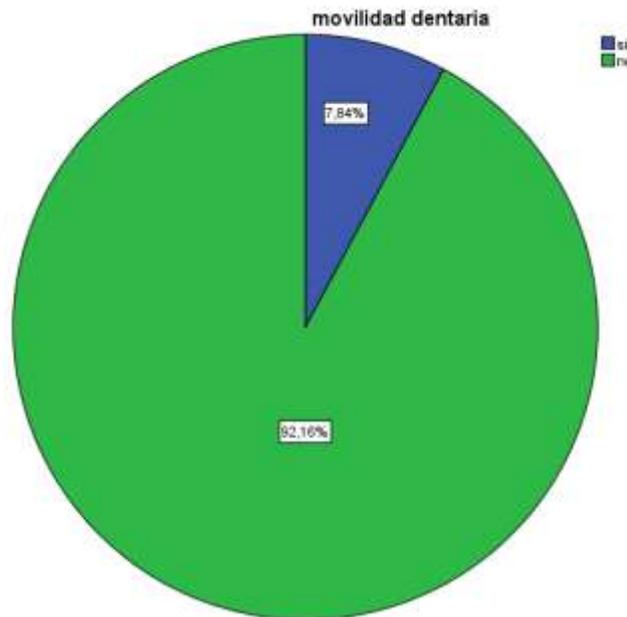
TABLA Nro. 6

Pacientes atendidos con movilidad dentaria en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	4	7,8	7,8	7,8
no	47	92,2	92,2	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Figura Nro. 6

Porcentaje de pacientes atendidos con movilidad dentaria en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

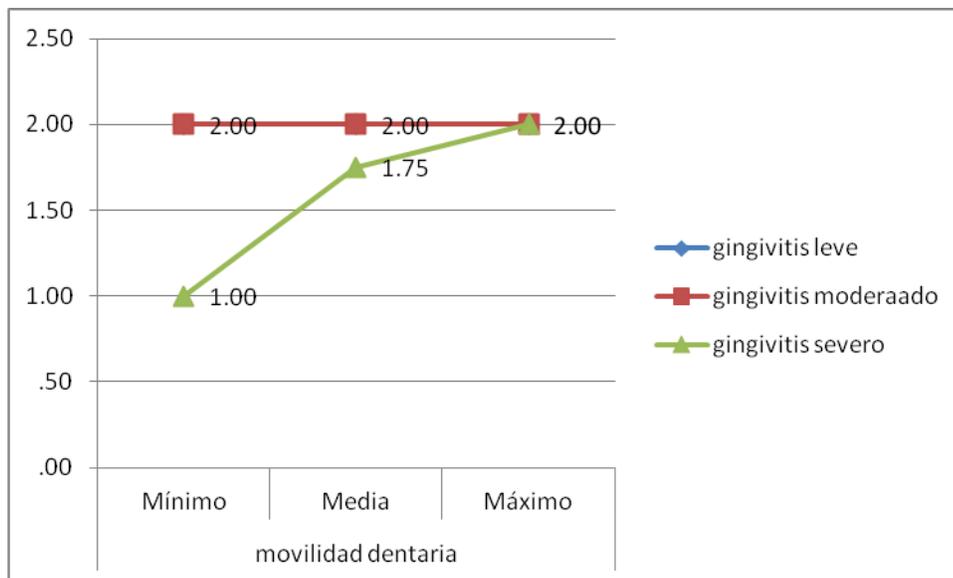


En la tabla y figura se observa que el 7.84 % de los pacientes atendidos presentan movilidad dentaria, seguido del 92.16 % de los pacientes atendidos no presentan movilidad dentaria.

Tabla Nro. 6

Estadística de gingivitis en la movilidad dentaria

		movilidad dentaria		
		Mínimo	Media	Máximo
gingivitis	leve	2,00	2,00	2,00
	moderado	2,00	2,00	2,00
	severo	1,00	1,75	2,00



En la tabla se observa que la categoría de “leve” de gingivitis presenta un mínimo de 2, una media de 2 y un máximo de 2, mientras que en la categoría de “moderado” de gingivitis presenta un mínimo de 2, una media de 2 y un máximo de 2 y en la categoría “severo” de gingivitis presenta un mínimo de 1, una media de 1.75 y un máximo de 2.

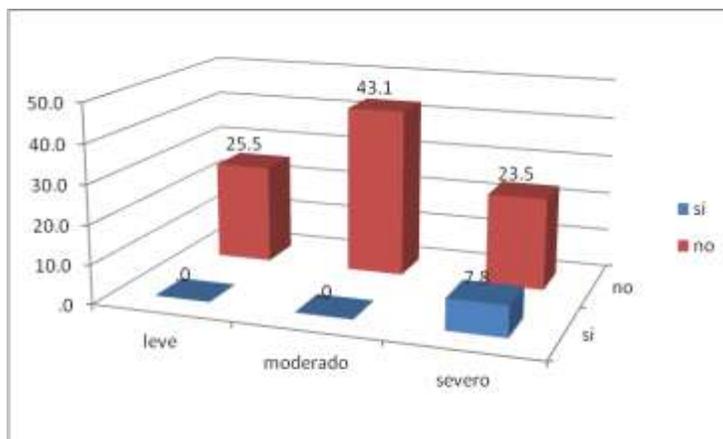
TABLA Nro. 6

Pacientes por gingivitis según la movilidad dentaria en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay

	movilidad dentaria					
	si		no		Total	
	n	%	n	%	n	%
gingivitis leve	0	,0	13	25,5	13	25,5
moderado	0	,0	22	43,1	22	43,1
severo	4	7,8	12	23,5	16	31,4
Total	4	7,8	47	92,2	51	100,0

Grafico Nro. 6

Porcentaje de paciente por gingivitis según la movilidad dentaria en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay



En la tabla y figura se observa que el 7.8 % de los pacientes atendidos presentan movilidad dentaria, seguido del 92.2 % de los pacientes atendidos no presentan movilidad dentaria.

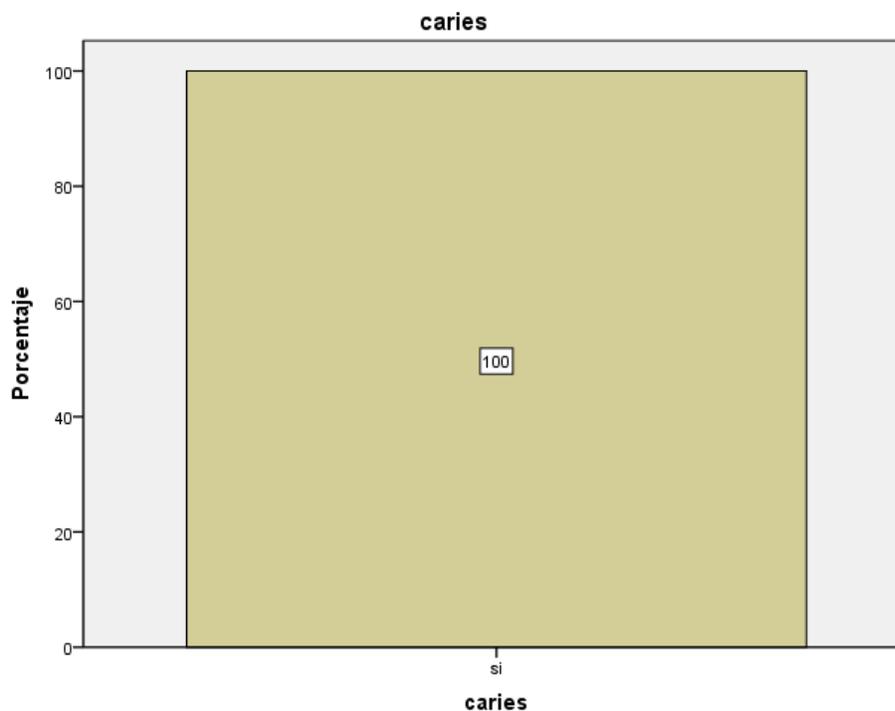
TABLA Nro. 7

Pacientes atendidos con caries en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	51	100,0	100,0	100,0

Figura Nro. 7

Porcentaje de pacientes atendidos con caries en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

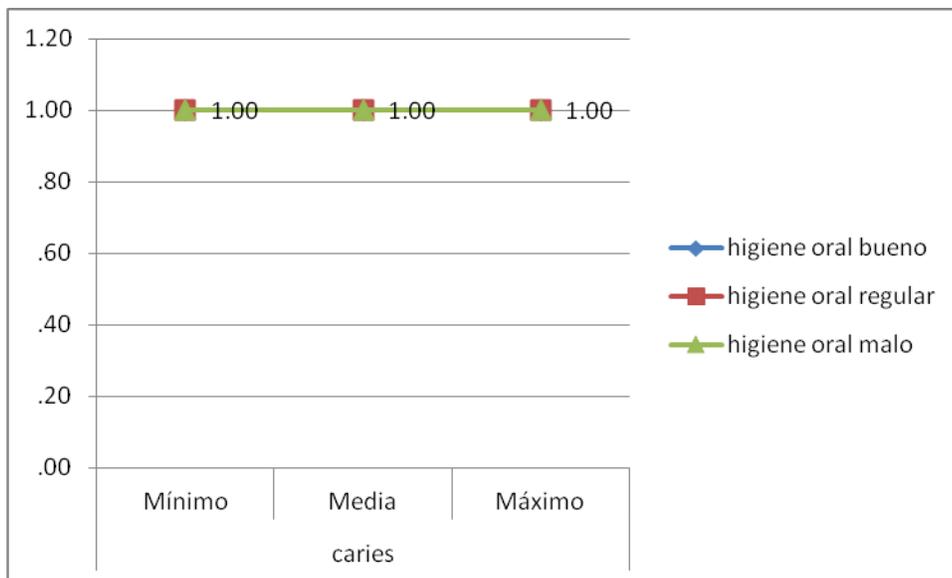


En la tabla y barra se observa que el 100 % de los pacientes atendidos presentan caries.

Tabla Nro. 7

Estadística de higiene oral en la caries

		caries		
		Mínimo	Media	Máximo
higiene oral	bueno	1,00	1,00	1,00
	regular	1,00	1,00	1,00
	malo	1,00	1,00	1,00



En la tabla se observa que la categoría de “bueno” en higiene oral presenta un mínimo de 1, una media de 1 y un máximo de 1, mientras que en la categoría de “regular” en higiene oral presenta un mínimo de 1, una media de 1 y un máximo de 1 y en la categoría “malo” en higiene oral presenta un mínimo de 1, una media de 1, y un máximo de 1.

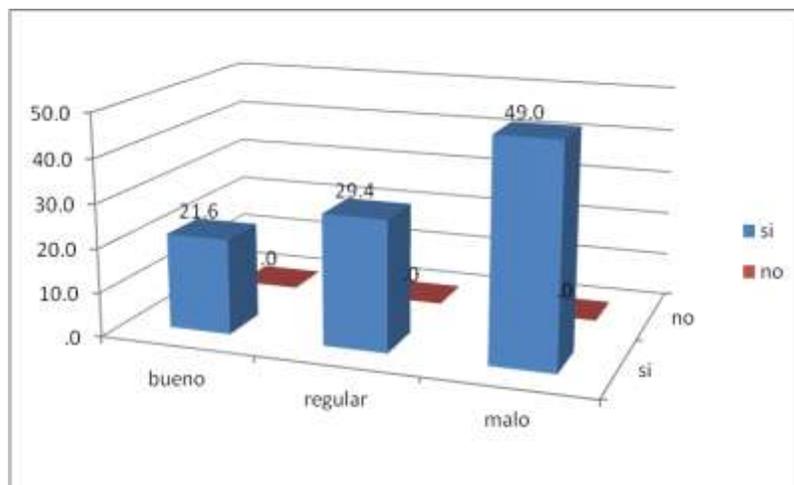
TABLA Nro. 7

Pacientes por higiene oral según caries en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay

		caries					
		si		no		Total	
		n	%	n	%	n	%
higiene oral	bueno	11	21,6	0	,0	11	21,6
	regular	15	29,4	0	,0	15	29,4
	malo	25	49,0	0	,0	25	49,0
	Total	51	100,0	0	,0	51	100,0

Figura Nro. 7

Porcentaje de pacientes por higiene oral según caries en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay



En la tabla y figura se observa que el 100 % de los pacientes atendidos presentan caries, seguido del 0 % de los pacientes atendidos no presentan caries.

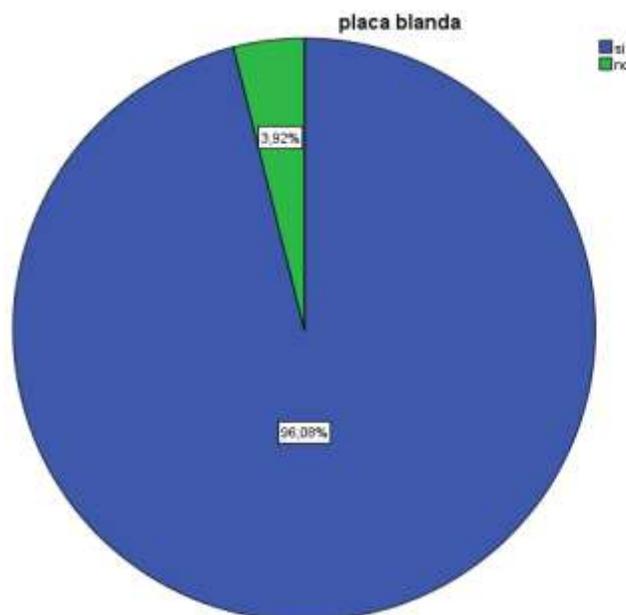
TABLA Nro. 8

Pacientes atendidos con placa blanda en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	49	96,1	96,1	96,1
no	2	3,9	3,9	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Figura Nro. 8

Porcentaje de pacientes atendidos con placa blanda en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.



En la tabla y figura se observa que el 96.08 % de los pacientes atendidos presentan placa blanda, seguido del 3.92 % de los pacientes atendidos no presentan placa blanda.

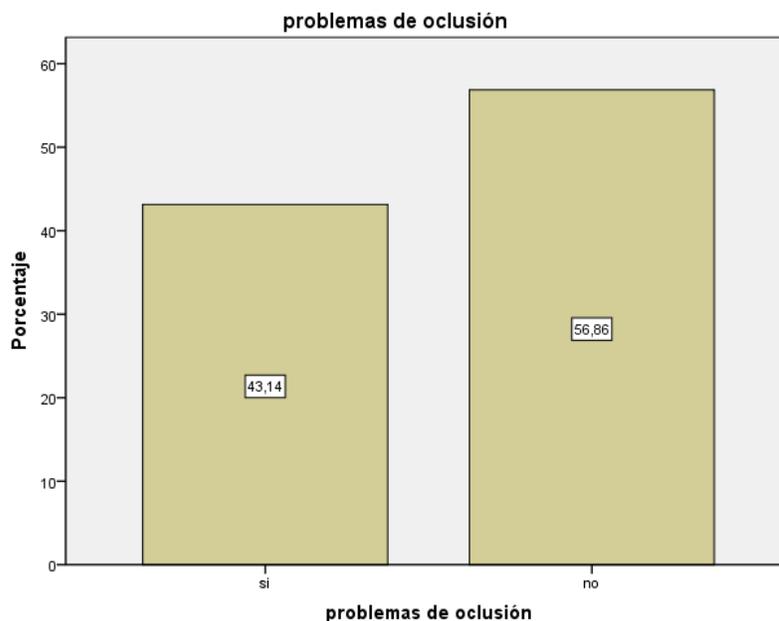
TABLA Nro. 9

Pacientes atendidos con problemas de oclusión en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	22	43,1	43,1	43,1
no	29	56,9	56,9	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Figura Nro. 9

Porcentaje de pacientes atendidos con problemas de oclusión en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

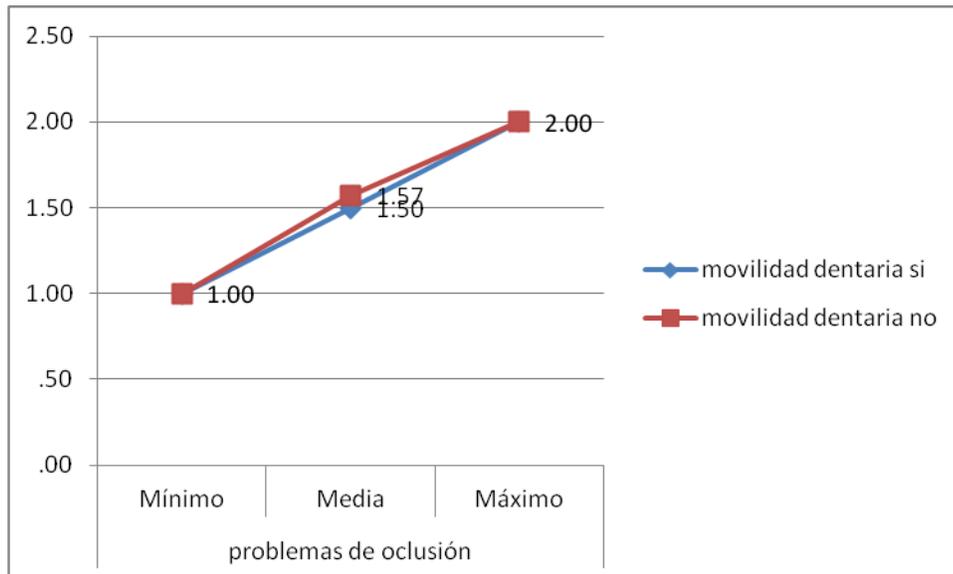


En la tabla y barra se observa que el 43.14 % de los pacientes atendidos presentan problemas de oclusión, seguido del 56.86 % de los pacientes atendidos no presentan problemas de oclusión.

Tabla Nro. 9

Estadística de movilidad dentaria con problemas de oclusión

		problemas de oclusión		
		Mínimo	Media	Máximo
movilidad dentaria	si	1,00	1,50	2,00
	no	1,00	1,57	2,00



En la tabla se observa que la categoría de “si” en movilidad dentaria presenta un mínimo de 1, una media de 1.50 y un máximo de 2, mientras que en la categoría de “no” en movilidad dentaria presenta un mínimo de 1, una media de 1.57 y un máximo de 2.

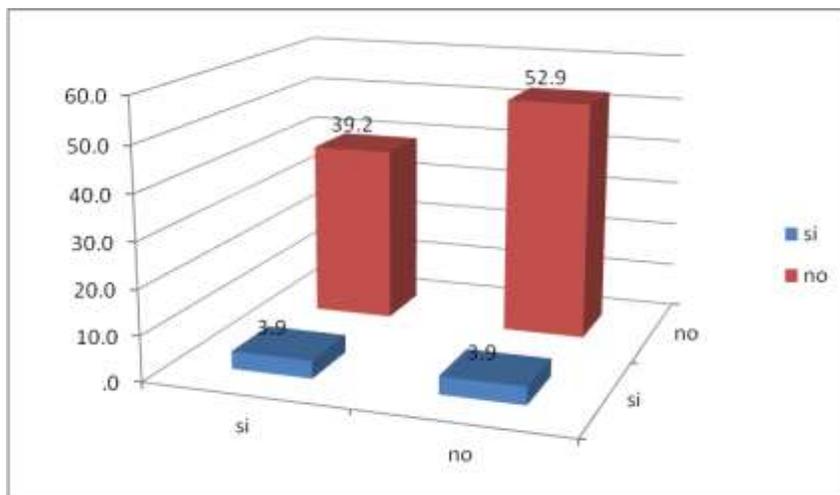
TABLA Nro. 9

Pacientes por movilidad dentaria según problemas de oclusión en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay

		problemas de oclusión					
		si		no		Total	
		n	%	n	%	n	%
movilidad dentaria	si	2	3,9	2	3,9	4	7,8
	no	20	39,2	27	52,9	47	92,2
	Total	22	43,1	29	56,9	51	100,0

Figura Nro. 9

Porcentaje de pacientes por movilidad dentaria según problemas de oclusión en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay



En la tabla y figura se observa que el 43.1 % de los pacientes atendidos presentan problemas de oclusión, seguido del 56.9 % de los pacientes atendidos no presentan problemas de oclusión.

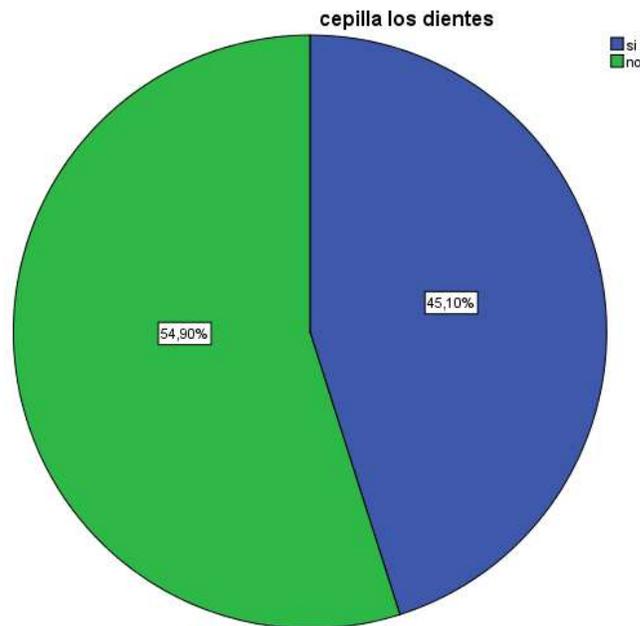
TABLA Nro. 10

Pacientes atendidos si se cepillan los dientes, en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	23	45,1	45,1	45,1
no	28	54,9	54,9	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Figura Nro. 10

Porcentaje de pacientes atendidos si se cepillan los dientes, en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.



En la tabla y figura se observa que el 45.10 % de los pacientes atendidos presentan que si se cepillan los dientes, seguido del 54.90 % de los pacientes atendidos no presentan que se cepillen los dientes.

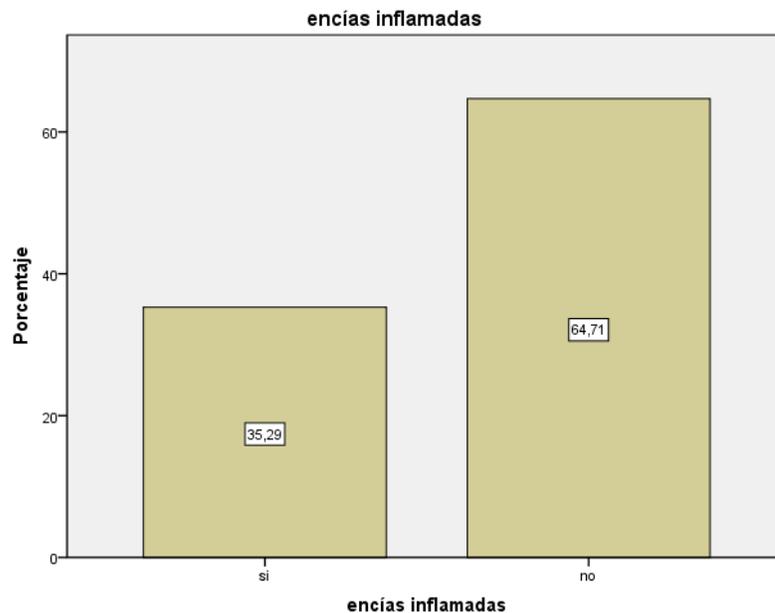
TABLA Nro. 11

Pacientes atendidos con encías inflamadas, en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	18	35,3	35,3	35,3
no	33	64,7	64,7	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Figura Nro. 11

Porcentaje de pacientes atendidos con encías inflamadas, en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

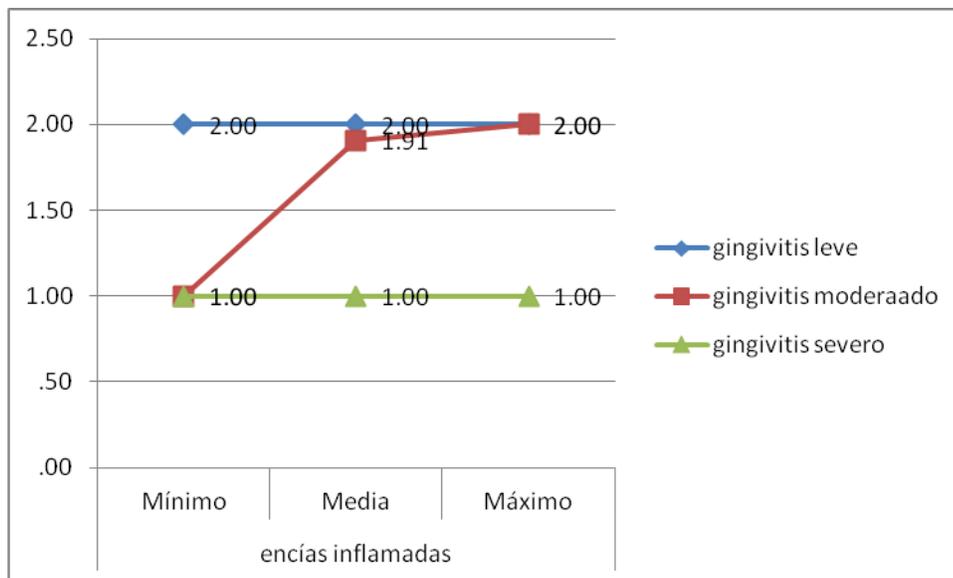


En la tabla y barra se observa que el 35.29 % de los pacientes atendidos presentan encías inflamadas, seguido del 64.71 % de los pacientes atendidos no presentan encías inflamadas.

Tabla Nro. 11

Estadística de gingivitis en encías inflamadas

		encías inflamadas		
		Mínimo	Media	Máximo
gingivitis	leve	2,00	2,00	2,00
	moderado	1,00	1,91	2,00
	severo	1,00	1,00	1,00



En la tabla se observa que la categoría de “leve” en gingivitis presenta un mínimo de 2, una media de 2 y un máximo de 2, mientras que en la categoría de “moderado” en gingivitis presenta un mínimo de 1, una media de 1.91 y un máximo de 2 y en la categoría de “severo” en gingivitis presenta un mínimo de 1, una media de 1 y un máximo de 1.

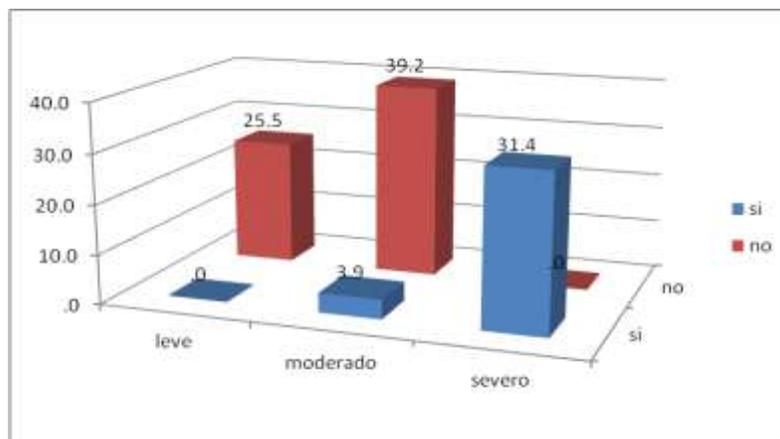
Tabla Nro. 11

Pacientes por gingivitis según encías inflamadas en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay

	encías inflamadas					
	si		no		Total	
	n	%	n	%	n	%
gingivitis leve	0	,0	13	25,5	13	25,5
moderado	2	3,9	20	39,2	22	43,1
severo	16	31,4	0	,0	16	31,4
Total	18	35,3	33	64,7	51	100,0

Figura Nro. 11

Porcentaje de pacientes por gingivitis según encías inflamadas en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay



En la tabla y figura se observa que el 35.3 % de los pacientes atendidos presentan encías inflamadas, seguido del 64.7 % de los pacientes atendidos no presentan encías inflamadas.

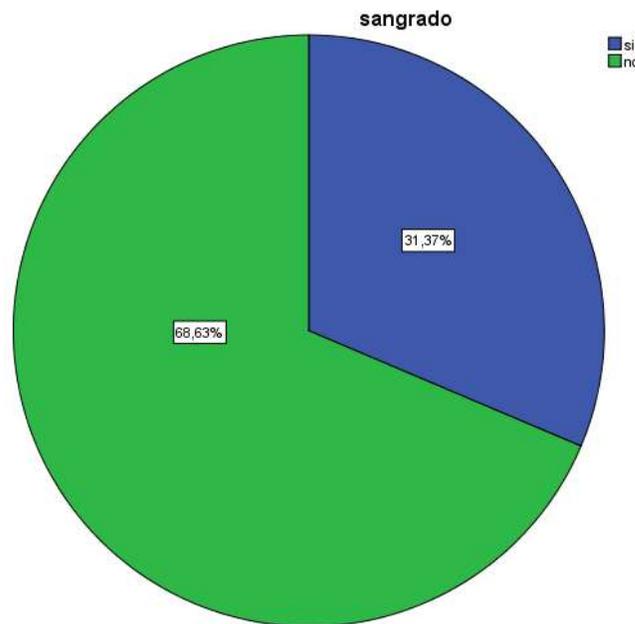
TABLA Nro. 12

Pacientes atendidos con sangrado, en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	16	31,4	31,4	31,4
no	35	68,6	68,6	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Figura Nro. 12

Porcentaje de pacientes atendidos con sangrado, en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.



En la tabla y figura se observa que el 31.37 % de los pacientes atendidos presentan sangrado, seguido del 68.63 % de los pacientes atendidos no presentan sangrado.

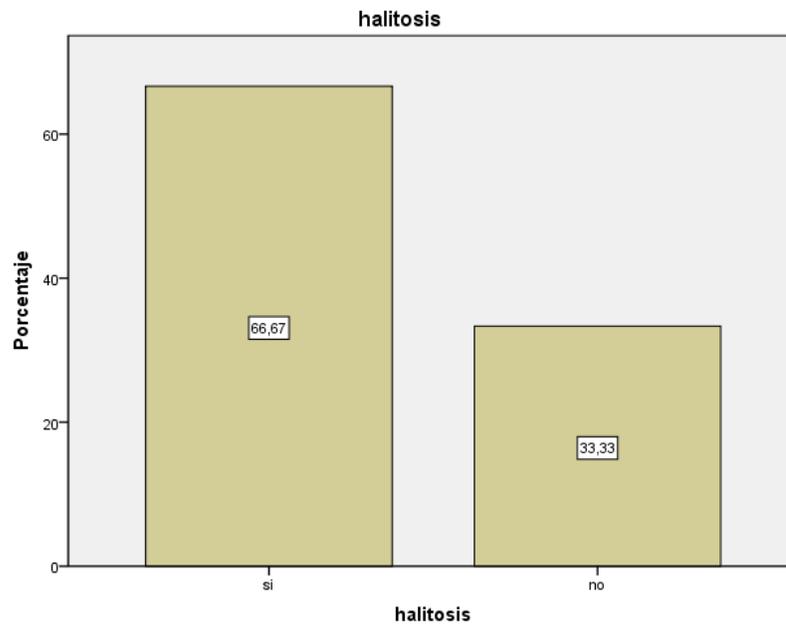
TABLA Nro. 13

Pacientes atendidos con halitosis, en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	34	66,7	66,7	66,7
no	17	33,3	33,3	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Figura Nro. 13

Porcentaje de pacientes atendidos con halitosis, en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

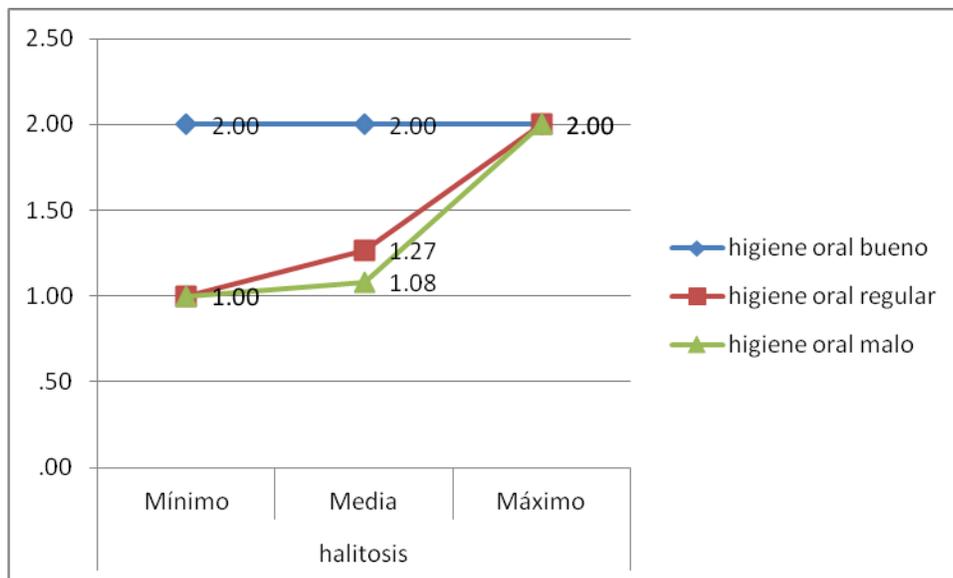


En la tabla y barra se observa que el 66.67 % de los pacientes atendidos presentan halitosis, seguido del 33.33 % de los pacientes atendidos no presentan halitosis.

Tabla Nro. 13

Estadística de higiene oral con halitosis

		halitosis		
		Mínimo	Media	Máximo
higiene oral	bueno	2,00	2,00	2,00
	regular	1,00	1,27	2,00
	malo	1,00	1,08	2,00



En la tabla se observa que la categoría de “bueno” en higiene oral presenta un mínimo de 2, una media de 2 y un máximo de 2, mientras que en la categoría de “regular” en higiene oral presenta un mínimo de 1, una media de 1.27 y un máximo de 2 y en la categoría de “malo” en higiene oral presenta un mínimo de 1, una media de 1.08 y un máximo de 2.

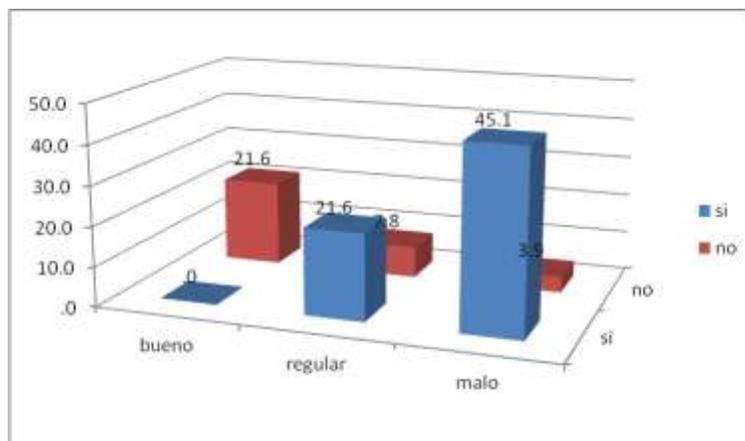
Tabla Nro. 13

Pacientes por higiene oral según halitosis en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay

	halitosis					
	si		no		Total	
	n	%	N	%	n	%
higiene oral						
bueno	0	,0	11	21,6	11	21,6
regular	11	21,6	4	7,8	15	29,4
malo	23	45,1	2	3,9	25	49,0
Total	34	66,7	17	33,3	51	100,0

Tabla Nro. 13

Porcentaje de pacientes por higiene oral según halitosis en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay



En la tabla y figura se observa que el 66.6 % de los pacientes atendidos presentan halitosis, seguido del 33.3 % de los pacientes atendidos no presentan halitosis.

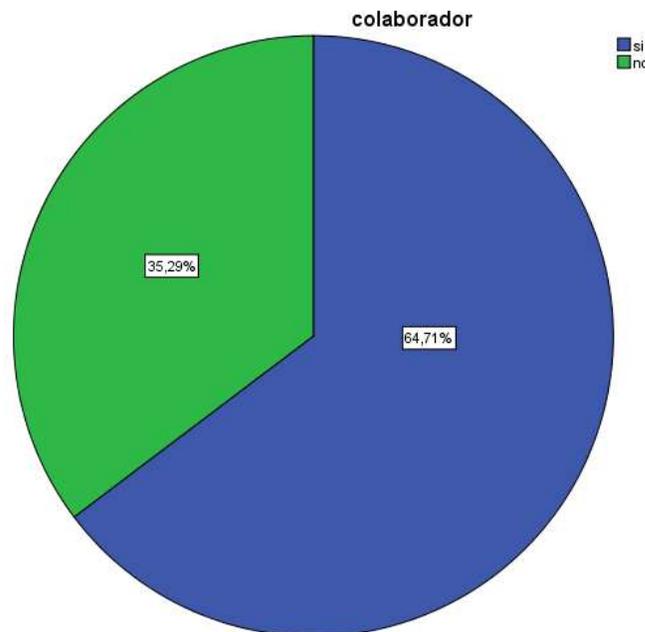
TABLA Nro. 14

Pacientes atendidos es colaborador, en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	33	64,7	64,7	64,7
no	18	35,3	35,3	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Figura Nro. 14

Porcentaje de pacientes atendidos es colaborador, en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.



En la tabla y figura se observa que el 64.71 % de los pacientes atendidos son colaboradores, seguido del 35.29 % de los pacientes atendidos no son colaboradores.

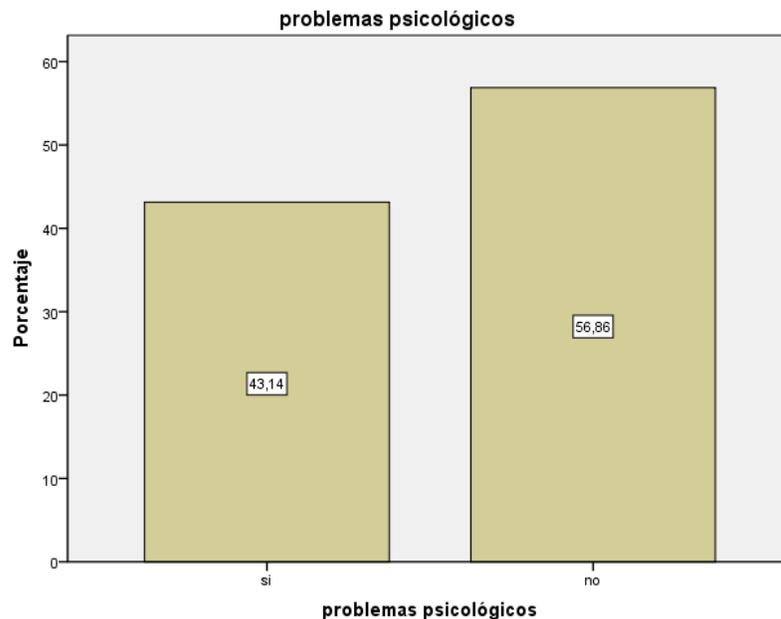
TABLA Nro. 15

Pacientes atendidos con problemas psicológicos, en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	22	43,1	43,1	43,1
no	29	56,9	56,9	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Figura Nro. 15

Porcentaje de pacientes atendidos con problemas psicológicos, en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.



En la tabla y barra se observa que el 43.14 % de los pacientes atendidos presentan problemas psicológicos, seguido del 56.86 % de los pacientes atendidos no presentan problemas psicológicos.

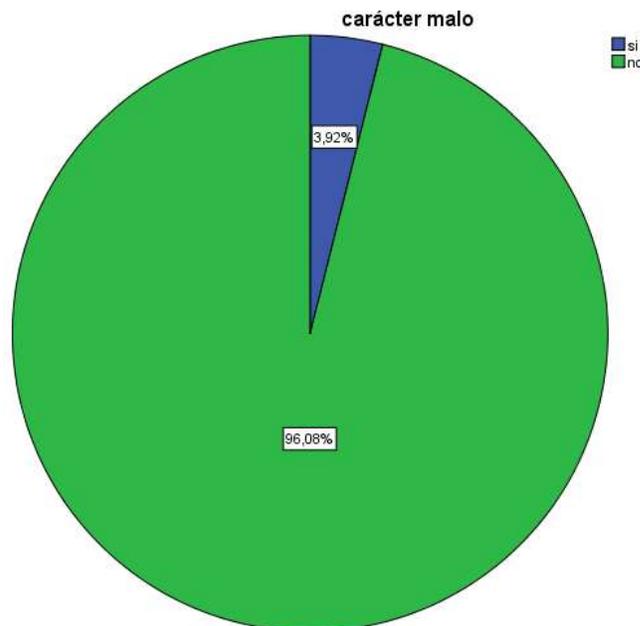
TABLA Nro. 16

Pacientes atendidos con carácter malo, en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	2	3,9	3,9	3,9
no	49	96,1	96,1	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Figura Nro. 16

Porcentaje de pacientes atendidos con carácter malo, en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.



En la tabla y figura se observa que el 3.92 % de los pacientes atendidos presentan carácter malo, seguido del 96.08 % de los pacientes atendidos no presentan carácter malo.

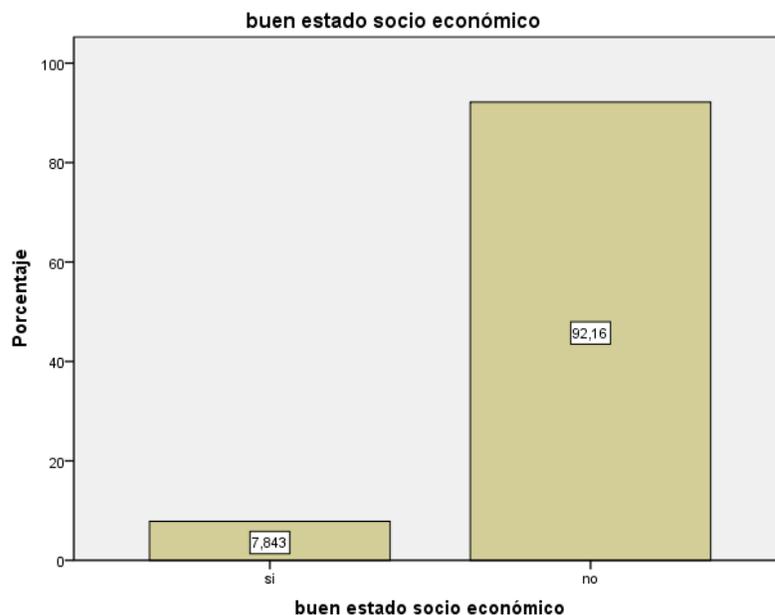
TABLA Nro. 17

Pacientes atendidos con buen estado socio económico, en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	4	7,8	7,8	7,8
no	47	92,2	92,2	100,0
Total	51	100,0	100,0	

TABLA Nro. 17

Porcentaje de pacientes atendidos con buen estado socio económico, en las instituciones educativas de los colegios especiales mayo – julio 2016, Abancay.



En la tabla y barra se observa que el 7.843 % de los pacientes atendidos presentan un buen estado socio económico, seguido del 92.16 % de los pacientes atendidos no presentan un buen estado socio económico.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

Tabla Nro. 18

	Gingivitis		
	Leve	moderado	Severo
	Recuento	Recuento	Recuento
higiene bueno	11	0	0
oral regular	2	13	0
Malo	0	9	16

Ho: No existe relación significativa entre las condiciones de higiene oral y gingivitis en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay

H1: Existe relación significativa entre las condiciones de higiene oral y gingivitis en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay

Tabla Nro. 19

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		gingivitis
higiene oral	Chi cuadrado	59,469
	Gl	4
	Sig.	0,000

De la tabla se observa que el valor “sig.” Es 0.00 menor al nivel de significancia 0.05 entonces se rechaza la hipótesis nula (Ho), por lo tanto podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que Existe relación significativa entre las condiciones de higiene oral y gingivitis en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay.

Hipótesis específica 2

Tabla Nro. 20

		Gingivitis							
		Leve		Moderado		severo		Total	
		N	%	n	%	n	%	n	%
grupo de edad	<= 5,00	8	15.7	9	17.6	3	5.9	20	39.2
	6,00 - 9,00	1	2.0	10	19.6	3	5.9	14	27.5
	10,00+	4	7.8	3	5.9	10	19.6	17	33.3
	Total	13	25.5	22	43.1	16	31.4	51	100.0
Sexo	Femenino	4	7.8	10	19.6	6	11.8	20	39.2
	masculino	9	17.6	12	23.5	10	19.6	31	60.8
	Total	13	25.5	22	43.1	16	31.4	51	100.0

Ho: Existe relación significativa entre el índice de gingivitis y factores sociales en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay

H1: Existe relación significativa entre el índice de gingivitis y factores sociales en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay

Tabla Nro. 21

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Gingivitis
grupo de edad	Chi cuadrado	14,934
	Gl	4
	Sig.	0,005
Sexo	Chi cuadrado	,768
	Gl	2
	Sig.	0,681

De la tabla se observa que en sexo el valor “sig.” Es 0.681 mayor al nivel de significancia de 0.05 por ende no existe relación significativa con este factor; sin embargo para grupo de edad el valor “sig.” Es 0.005 menor al nivel de significancia entonces podemos afirmar al nivel de confianza del 95% que existe relación significativa entre el índice de gingivitis y factor social grupo de edad en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay.

Hipótesis específica 3

Ho: no existe enfermedades periodontales mas frecuentes el tejido duro en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay

H1: Existe enfermedades periodontales mas frecuentes en tejido duro en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay

Tabla Nro. 22

Prueba de chi cuadrada para enfermedades periodontales más frecuentes el tejido duro

	placa dura	placa blanda
Chi-cuadrado	16,490 ^a	43,314 ^a
Gl	1	1
Sig.	,000	,000

Del cuadro se observa que el valor “sig.” De placa dura y blanda son 0.00 respectivamente menores al nivel de significancia de 0.05, entonces se rechaza la hipótesis nula; podemos afirmar al nivel de confianza del 95% que Existe enfermedades periodontales mas frecuentes en tejido duro en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay. Sin embargo al revisar. En la tabla Nro. 5 de placa dura nos indica que el porcentaje “si” es de 78.4 %, y en la tabla Nro. 8 de placa blanda nos indica que el porcentaje “si” es de 96.1 %, donde son los más prevalentes porcentajes en tejido duro en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016.

Hipótesis específica 4

Ho: No existe enfermedades periodontales mas frecuentes el tejido blando en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay

H1: Existe enfermedades periodontales mas frecuentes en tejido blando en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay

Tabla Nro. 23

Prueba de chi cuadrada para enfermedades periodontales mas frecuentes el tejido blando

	enciás inflamadas	Sangrado	halitosis
Chi-cuadrado	4,412 ^a	7,078 ^a	5,667 ^a
Gl	1	1	1
Sig.	0,036	,008	,017

Del cuadro se observa que el valor “sig.” De enciás inflamadas es 0.036, de sangrado es 0.08 y de halitosis es 0.017 menores al nivel de significancia de 0.05, entonces se rechaza la hipótesis nula; podemos afirmar al nivel de confianza del 95% que Existe enfermedades periodontales mas frecuentes en tejido blando en niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016, Abancay. Sin embargo al revisar. En la tabla Nro. 11 de enciás inflamadas nos indica que el porcentaje “si” es de 35.3 %, en la tabla Nro. 12 de sangrado nos indica que el porcentaje “si” es de 31.4 %, y en la tabla Nro. 13 de halitosis nos indica que el porcentaje “si” es de 66.7 % donde el más prevalente porcentaje en tejido blando es la halitosis en los niños de instituciones educativas de nivel especial, mayo a julio del 2016.

4.2.- Discusión de los resultados

En el Perú al año 2013, somos 30 millones 475 mil habitantes y cada año nuestra población se incrementa en 339 mil personas. En el mundo, la población habría alcanzado los 7 mil 162 millones de habitantes con un crecimiento anual de 82 millones de personas.

En el Perú según el censo de población del instituto nacional de estadística e informática (INEI) 2007 el 13,8% del total de la población, alrededor de tres millones de habitantes presentan discapacidad; se calcula que 620,000 niños en edad escolar presentan alguna discapacidad, de estos solo 27,000 tienen cobertura educativa, y no existen oficialmente en el Perú, programas preventivos de higiene bucal.

La Higiene Bucal y la Gingivitis pueden ser detectadas a través de dos índices utilizados en la práctica odontológica diaria: Índice de Higiene Oral y el Índice Gingival. La población con discapacidad intelectual representa un reto diagnóstico para cualquier profesional de salud por lo que tenemos que hacer uso de métodos indirectos para poder llegar a precisar un diagnóstico y a partir de allí decidir el tratamiento a seguir.

El estudio fue realizado de mayo a julio del 2016 en las instituciones educativas de nivel especial.

El objetivo fue determinar el estado de salud gingival e higiene bucal en alumnos con discapacidades intelectuales.

En la presente investigación se encontró que la medida de la edad de los alumnos fue de 7 años, lo que quiere decir que la población estudiada en su mayoría correspondía a la etapa pre-adolescente y que por la tanto ya tendrían hábitos de Higiene Bucal establecidos; la medida del Índice gingival fue 43.1 % lo que significa que la población, en su mayoría, presenta inflamación gingival moderada; el 49.0 % de los alumnos tenía un índice de higiene oral malo, hallazgo que se opone al 88.9% encontrado por CABELLOS, D. en una población similar.

La medida del Índice de Higiene Oral Simplificado fue de 1,1251, lo que indica que la mayor parte de la población presenta una Higiene Bucal aceptable.

Resultados que se oponen a lo encontrado por CABELLOS, D. en el 2006 en los niños del Centro Ann Sullivan.

Se encontró que el Índice Gingival modificado es leve para el 95.45 % de los alumnos; hallazgo similar al de NAVAS, R. MOGOLLON, J (2007) que encontraron mayor frecuencia de gingivitis grado 1 en la población estudiada; pero que difiere del estudio de MAITA, L. CASTAÑEDA, M. (1998), que encontraron presencia de periodontitis en el 50% de su población y del incremento de gingivitis con la edad.

El 57.56% de los alumnos presentó Índice de Higiene oral simplificado bueno, resultado que contrasta con el de NAVAS, R. MOGOLLON, J (2007), que encontraron en su estudio un total del Índice de placa bacteriana de 2.65.

Como resultado podemos concluir que los niños de instituciones educativas de nivel especial, presentan un estado de salud gingival moderada y una higiene bucal mala. Debemos, no obstante, indicar que es necesario realizar estudios en poblaciones más grandes por ser un tema poco estudiado pero que sirve de punto de partida para futuros trabajos, generando especial interés por los cuidados de salud bucal en pacientes con discapacidad intelectual.

CONCLUSIONES

1. Los niños de instituciones educativas de nivel especial presentan un estado de salud gingival moderado con Índice Gingival Modificado leve dando por válida la hipótesis nula.
2. Los niños de instituciones educativas de nivel especial presentan higiene bucal mala con Índice de Higiene Oral Simplificado bueno dando por válido la hipótesis nula.
3. El Índice Gingival modificado según edad es leve en el 95.45% de los alumnos.
4. El Índice Gingival modificado según sexo es leve en el 96.6% de los hombres y en el 93.10% de las mujeres.
5. El Índice Gingival modificado es leve en el 93.75% de los alumnos con Autismo, en el 95.83% de los alumnos con Retardo Mental y en el 95.83% de los alumnos con Síndrome de Down.
6. El Índice de Higiene Oral simplificado según edad es bueno en el 53.95% de los alumnos.
7. El Índice de Higiene Oral simplificado es bueno en el 55.93% del sexo masculino y en el 68.96% del sexo femenino.
8. El Índice de Higiene Oral simplificado es bueno en el 62.5% de los alumnos con Autismo, en el 58.3% de los alumnos con Retardo Mental y en el 54.16% de los alumnos con Síndrome de Down.

RECOMENDACIONES

Sobre la base de los resultados obtenidos se recomienda a las autoridades encargadas de los servicios odontológicos públicos; así como al personal directivo de las diferentes facultades de odontología públicas y privadas del país:

Promover la creación de talleres para impulsar la participación de padres y docentes en la implementación de acciones conducentes a mejorar la salud bucal de los niños.

Promover en las escuelas de odontología a nivel nacional, la creación de clínicas para personas con habilidades diferentes especiales, en donde se capaciten a los estudiantes sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades bucodentales en personas con diferentes discapacidades.

Por último, en el área de investigación es necesario continuar el estudio de las variables exógenas que agudizan el cuadro clínico del niño excepcional y contribuyen a la aparición de otras patologías bucodentales.

Se recomienda entrenar al personal encargado del cuidado de los niños con habilidades diferentes durante el horario escolar, para que mantengan y brinden apoyo en los cuidados de salud bucal, dieta y cepillado dental, de esta forma resultaría esencial instaurar programas que involucren la participación activa y comprometida de los padres, los cuidadores y los niños con habilidades diferentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Molina, J. Atención y cuidado odontológico para los niños con Síndrome de Down. *Revista Síndrome de Down* 22: 15-19, 2005
2. Reuland-Bosma, W, Van Dijk, L. *Periodontal disease in Down's syndrome: A review. J Clin Periodontol* 1986: 13: 64-73.
3. Ranney, R. *Clasificación of Periodontal disease. Periodontology* 2000, Vol. 2. 1993, 13-25
4. Bianchi, A, et al. *Dental survey of Down syndrome patients. Reflections and synthesis. Revista de la Asociación Odontológica Argentina* 1991 Sep;79(3):146-52
5. Maita, L, Castañeda, M. Prevalencia de la Enfermedad Periodontal en Individuos con Síndrome de Down. *Revista Odontológica San Marquina* 1998; 1(1): 31-33
6. Gabre, P, et al. *Longitudinal study of dental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intellectual disability. Eur J Oral Sci* 2001 Feb; 109 (1): 20-6
7. Otero, J. Odontología en Pacientes con Síndrome de Down (online) 2005. Disponible en: http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=769
8. Cabellos, D. Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú (Tesis C.D.): UNMSM; 2006
9. Navas, R, Mogollón, J. Participación de los padres en el cuidado de la salud bucal de los niños y adolescentes con Síndrome de Down. *Revista Ciencia Odontológica* Diciembre 2007: 4(2); 130-40
10. Control Disease Center (US GOVERNMENT). *Intellectual Disability Fact Sheet* (online). Disponible en: www.cdc.gov/ncbddd
11. Verdugo, M. Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*: 34 (205)

12. Saez, U. Salud Bucodental de los pacientes internados en el Centro de Atención a Discapacitados Psíquicos de Albacete. REV CLÍN MED FAM 2010; 3 (1): 23-26
13. Arregui, A. Síndrome de Down: Área de Necesidades Educativas Especiales. Vitoria-Gasteiz, 1997
14. Diagnóstico. Revista Médica de la Fundación Instituto "Hipólito Unanue". Vol 13. N° 4. Abril 1984. Pags 140 – 145
15. Gibson, D. The psychology of mongolism. 1° ed. Great Britain: Cambridge University Press, 1978; 238
16. Nussbaum, R, et al. Thompson & Thompson genetics in medicine. 7° ed. USA: Elsevier, 2007; 157-160
17. Miranda, A, et al. Diagnóstico y tratamiento de lengua fisurada. Revista Mexicana de la Odontología Clínica 2008: 2(2); 18-9
18. Tsunemitsu, A. Citric acid metabolism en priodontosis. Oral biology 1964; 9 (1): 83-6
19. Benda, C. Mongolism and Cretinism. London, Hienerman, 1947.
20. Down, R. Preliminary Study of Periodontoclasia in Mongolian Children at Polk. State School. Am. J. Ment. Defic. 1951 Apr;55(4):535-8
21. Loesche, W, et al. The Preliminar Cultivable Flora of Tooth Surface Plaque Removed from Institutionalized Subjects. Arch. Oral Biol. 1972: 17(9); 1311-25
22. Pueschel, S, Pueschel, J. Síndrome de Down: problemática biomédica. 1° ed. Barcelona: Masson-Salvat medicina, 1993; 7
23. Shapiro, B. Prenatal dental anomalies in mongolism: comments on the basis and implications of variability. Annals of the New York Academy of Sciences 1970: 171; 562–577
24. Orner, G. Eruption of Permanent Teeth in Mongoloid Children and Their Sibs. Journal of Dental Research. 1973 52; 1202
25. Barkla, D. Congenital absence and fusion in the deciduous dentition in mongols. Journal of Intellectual Disability Research, 1963: 7; 102–103

26. Moraes, M et al. Dental anomalies in patients with Down Syndrome . Braz. Dent. J. 2007; 18(4); 346-350.
27. Townsend, G. Tooth size in children and young adults with trisomy 21 (Down syndrome). Oral Biology, Arch. 1983; 28(2); 159-166
28. Shapira, J, et al. Oral health status and dental needs of an autistic population of children and young adults. Spec Care Dentist, 1989; 9(2); 38-41
29. Van Grunsven, M. et al. Psychosocial aspects of dental care for the handicapped. An investigation into dental care for the handicapped children living at home. NED-TIJDSCHR-TANDEELKG, 1990;97, 11: 448-51.
30. Namal N, et al. Do autistic children have higher levels of caries? A cross-sectional study in Turkish children. J Indian PedodPrev Dent. June 2007; 97-102
31. Chin M., et al. Dental Care Every Day. Practical Oral Care for People With Autism National Institute of Dental and Craniofacial Research
32. Cameron, A, Widmer, R. Manual de odontología pediátrica. 3° ed. España. Elsevier, 2010; 329-32
33. Friedlander, H. Autismo: fisiopatología, atención médica e implicaciones dentales. Archivos de Odontoestomatología. Mayo 2005; 21(4): 234-244.
34. Swallow, J. The Dental management of autistic children. Br Dent J. February 1969: 128-131.

ANEXOS:

1. INSTRUMENTOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Frans Bleis Huaman Zevallos Bachiller de la Facultad de Odontología de la Universidad Alas Peruanas con código 2008147200, estoy realizando un estudio para ver la higiene oral y la inflamación gingival en niños con síndrome de Down, retraso mental y autismo. Éste es un estudio inocuo para la salud, en donde se usarán guantes, espejos bucales, algodón y pastillas reveladoras de placa bacteriana.

Su hijo/a reúne las condiciones necesarias para formar parte de la investigación, por eso se le invita a ser parte de este estudio

Su inclusión es voluntaria y puede retirarse en el momento que lo desee sin repercusiones futuras.

Por el presente autorizo la revisión dental y enseñanza de higiene oral de mi menor hijo:

Nombre del Padre o tutor:

.....

DNI:

CIP

Sírvase a devolver el desglosable firmado

Instrumento de Recolección de Datos

1. Datos de Filiación

a) Nombre:.....

b) Edad: años

c) Grado y sección:

d) Sexo:

e) Domicilio:.....

f) Diagnóstico clínico:.....

g) Nombre de los padres:

.....

2. Índice Gingival-modificado

Deciduos:5.4/5.1/6.4/7.4/7.1/8.4

Permanentes:1.6/2.1/2.4/3.6/4.1/4.4

3. Índice de higiene oral – simplificado

Pieza Total

Valor

Apellido y nombre:.....No. Ficha

Edad:

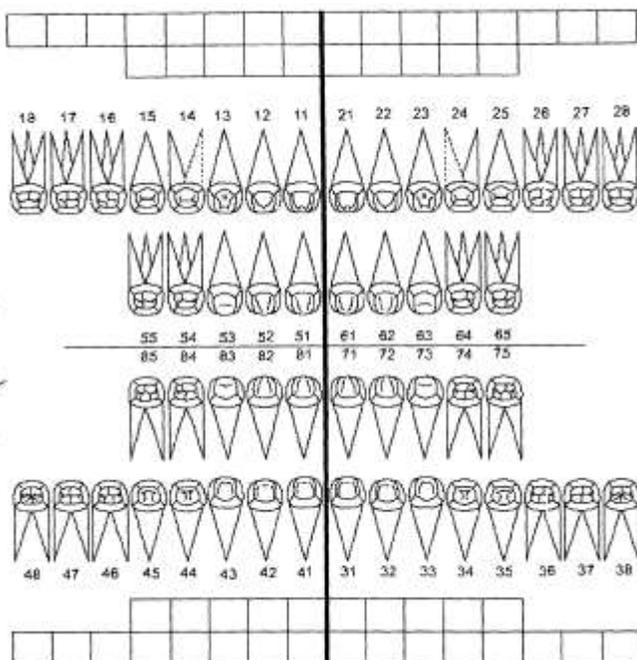
Sexo:

M	F

Capitulo I : condiciones de higiene oral

	Preguntas	Si	No	Resultado
Tejido duro	¿presenta placa dura?			
	¿presentan movilidad dentaria?			
	¿presenta caries?			
	¿presenta placa blanda?			
	¿tiene problemas de oclusión?			
	¿se cepilla los dientes?			
Tejido blando	¿tiene las encías inflamadas?			
	¿presenta sangrado?			
	¿tiene halitosis?			
	¿es colaborador?			
	¿tiene problemas psicológicos?			
	¿tiene carácter malo?			
	¿es de buen estado socio económico?			

Capitulo II : gingivitis



I : Leve	<ul style="list-style-type: none"> - localizado - no presenta sangrado - no presente inflamación 	
II : Moderado	<ul style="list-style-type: none"> - localizado - presenta sangrado - presenta inflamación 	
III: Severo	<ul style="list-style-type: none"> - generalizado - presenta sangrado - presenta inflamación 	

RESULTADO :

2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

3. OTROS

REALIZANDO LA REVICION DE DIENTES Y APLICACIÓN DE FLUOR



REALIZANDO LA REVICION DE DIENTES Y APLICACIÓN DE FLUOR



REALIZANDO LA REVICION DE DIENTES Y APLICACIÓN DE FLUOR



REALIZANDO LA REVICION DE DIENTES Y APLICACIÓN DE FLUOR



REALIZANDO LA REVICION DE DIENTES Y APLICACIÓN DE FLUOR



REALIZANDO LA REVICION DE DIENTES Y APLICACIÓN DE FLUOR



REALIZANDO LA REVICION DE DIENTES Y APLICACIÓN DE FLUOR



REALIZANDO LA REVICION DE DIENTES Y APLICACIÓN DE FLUOR

