

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN GENERAL DE PROCESOS
DE GRADUACIÓN.



TRABAJO DE GRADUACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE
DOCTOR EN CIRUGÍA DENTAL

EFFECTIVIDAD DE EDUCACIÓN SOBRE TÉCNICAS DE HIGIENE ORAL A
PACIENTES CON ALTERACIONES DEL DESARROLLO Y SUS
CUIDADORES.

(Facultad de Odontología Universidad de El Salvador)

POR:

KIMBERLY MINERVA GUILLÉN FUENTES.

DOCENTE ASESOR:
Dr. JOSÉ OSMÍN RIVERA VENTURA.

ASESOR METODOLÓGICO
LICDA. HILDA MIRANDA LUNA

SAN SALVADOR NOVIEMBRE 2014

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN GENERAL DE PROCESOS
DE GRADUACIÓN.



TRABAJO DE GRADUACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE
DOCTOR EN CIRUGÍA DENTAL

EFFECTIVIDAD DE EDUCACIÓN SOBRE TÉCNICAS DE HIGIENE ORAL A
PACIENTES CON ALTERACIONES DEL DESARROLLO Y SUS
CUIDADORES.

(Facultad de Odontología Universidad de El Salvador)

POR:

KIMBERLY MINERVA GUILLÉN FUENTES.

DOCENTE ASESOR:
Dr. JOSÉ OSMÍN RIVERA VENTURA.

ASESOR METODOLÓGICO
LICDA. HILDA MIRANDA LUNA

SAN SALVADOR NOVIEMBRE 2014

AUTORIDADES

RECTOR
ING MARIO NIETO LOVO

VICE RECTOR ACADÉMICO
MTRA. ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO
MAE. OSCAR NOÉ NAVARRETE ROMERO

DECANO
DR. MANUEL DE JESÚS JOYA ABREGO

VICE DECANO
DR. GUILLERMO ALFONSO AGUIRRE

SECRETARIO
DR. JOSE BENJAMÍN LÓPEZ GULLÉN

DIRECTORA DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA
DRA. AÍDA LEONOR MARINERO DE TURCIOS

COCORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN
DRA. RUTH FERNÁNDEZ DE QUEZADA

JURADO EVALUADOR

Dra. Nely Arely García de Batres

Dra. Rita Erna Espinoza Padilla

Dr. José Osmín Rivera Ventura

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a María Santísima nuestra madre por iluminarme y guiarme en estos años y llevarme a alcanzar el sueño de mi vida.

A mis padres Reina y Fred con mi hermana Glendy por sus sacrificios y apoyarme en todo, ser mi soporte, darme sabiduría y amor cada día y a toda mi familia porque de una u otra manera me dan apoyo.

A Mauricio por ser mi apoyo, por comprenderme siempre, y por ayudarme en estos años, Te Amo.

A mis amigos y maestros por formar parte de mi vida, por enseñarme algo nuevo cada día y ser mi consuelo al estar lejos de mi familia.

A mi tutor el Dr. Osmín Rivera por ayudarme en todo este tiempo...Gracias....

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a mi papá y mi mamá por confiar en mí, darme apoyo y amor todos estos años.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS.....	10
2.1 Objetivo General:.....	10
2.2 Objetivo Específico.	10
MARCO TEÓRICO	11
MATERIALES Y MÉTODOS.....	17
3.1 Tipo de investigación:	17
3.2 Diseño del estudio:	17
3.3 Tiempo y lugar:	17
3.4 Variables e indicadores.....	18
3.5 Población y muestra	18
3.6 Recolección y análisis de datos:.....	19
RESULTADOS.....	20
DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	25
CONCLUSIONES.	27
RECOMENDACIONES.....	28
LIMITACIONES.....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30

ÍNDICE DE TABLAS

CUADRO 1: CUADRO DE VARIABLES E INDICADORES.....	18
CUADRO 2, RIESGO RELATIVO INICIAL	20
CUADRO 3, RIESGO RELATIVO FINAL.....	21
CUADRO 4, TABLA COMPARATIVA DE OBSERVACIÓN REALIZADA AL GRUPO CONTROL Y AL GRUPO DE ESTUDIO.....	22
CUADRO 5, PRIMER CONTROL.....	23
CUADRO 6, SEGUNDO CONTROL.....	24

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar la efectividad de la educación sobre técnicas de higiene oral a pacientes con alteraciones del desarrollo y sus padres o responsables en el programa PAIPAD (Programa de Atención Integral a Pacientes con Alteraciones del Desarrollo) de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

Metodología: El diseño corresponde a un estudio de Cohortes longitudinal prospectivo, donde se evaluó a dos grupos en las mismas fechas. El grupo de estudio o grupo de no expuestos que corresponde a pacientes del programa PAIPAD y el grupo control o grupo de expuestos fue conformado por pacientes del hogar del Padre Vito Guarato, estos se evaluaron en las mismas fechas que correspondieron al período de Septiembre a Noviembre de 2013.

Los resultados con los datos obtenidos en la aplicación de riesgo relativo mostraron que los pacientes del Hogar Padre Vito Guarato o grupo de expuestos, tienen 1.44 más veces de riesgo de tener índice de placa dentobacteriana con porcentaje alto; con respecto a los pacientes del grupo de no expuestos que son los pacientes del PAIPAD; en conclusión se puede afirmar que, el grupo de expuestos que son los pacientes del Hogar Padre Vito Guarato tienen un porcentaje mayor de riesgo de tener índices de placa dentobacteriana altos pero además, los índices de placa dentobacteriana de los grupos de estudio o no expuestos y grupo control o expuestos son de porcentaje alto por lo que se deben aumentar las medidas de higiene oral así como la reeducación y la motivación para estos pacientes, sus padres o responsables; la principal limitante del estudio fue la población muy limitada por lo que los datos obtenidos no son estadísticamente significativos.

ABSTRACT

The objective in this research was to determine the effectiveness of the education about oral hygiene techniques on patients with developmental disorder and their parents or carer. In the PAIPAD program (Programa de Atención Integral a Pacientes con Problemas del Desarrollo for its acronym in Spanish) inside the Faculty of Dentistry at the Universidad de El Salvador.

Methodology: The research type is a Prospective Longitudinal Cohort study, where two groups were evaluated in the same period of time. The study group or not exposed group that correspond to the PAIPAD and the control group or exposed group to the patients from the Hogar Padre Vito Guarato; these two groups were evaluated in the same period of time that was from September to November 2013.

The results obtained with application of Relative Risk Calculator show that the patients from Hogar Padre Vito Guarato or exposed group, had 1.44 higher risk in having the dental plaque index percentage higher than the patients from the not exposed group or PAIPAD patients; from this we can conclude that the exposed group or Vito Guarato patients have higher risk of having a high percentage of dental plaque index, in addition, the plaque index from the study group and the control groups are high, so the Oral Hygiene practice must be increased as well as the reeducation and the motivation for the patients, their parents and carer; the main limiting factor for the study was the limited study population so the data obtained is not statistically meaningful.

INTRODUCCIÓN

La odontología moderna está orientada a la prevención de las enfermedades más comunes que afectan a la cavidad bucal. Desde el punto de vista preventivo, las acciones llevadas a cabo en infantes tendrá un efecto de por vida, por lo tanto, la mayoría de los estudios han sugerido la práctica de hábitos de higiene bucal en la preservación de la salud bucal desde los primeros años, han tomado en cuenta que la supervisión y asistencia de los padres durante la práctica los hábitos de higiene bucal posee gran relevancia.

Los escasos conocimientos respecto a hábitos correctos de higiene bucal como medio eficaz para prevenir la aparición de enfermedades buco dentales, constituye un problema que atañe a gran parte de la población infantil. Los pacientes con discapacidad no son la diferencia; en ellos las instrucciones, consejos y enseñanzas sobre el cuidado oral deben ser con más empeño puesto que se debe educar a ellos y a sus padres o cuidadores.

Con la investigación se ha recopilado información de las técnicas de higiene oral impartidas por los odontólogos en PAIPAD, con dos controles de Placa Dentobacteriana, esto comparado con un grupo de pacientes del hogar Padre Vitto Guarato que es una población con características semejantes a la de PAIPAD pero con la diferencia que la higienización es responsabilidad del personal de este centro.

El programa PAIPAD (grupo de no expuestos) fue levemente más significativo en su reducción de placa dentobacteriana con respecto al grupo del Hogar Padre Vito Guarato(grupo expuestos) aunque sin significancia estadística ; al igual que al comparar en el grupo de estudio o grupo de expuestos, los dos controles intragrupal el porcentaje de placa no disminuyo significativamente, por lo que se concluyó que el trabajo de los odontólogos del PAIPAD es muy importante y significativo, pero el nivel de conocimiento en cuanto a medidas de higiene debe mejorar , implementando reeducación y autocuidado a los pacientes y sus tutores, esto puede ser posible tomando más tiempo de la consulta para técnicas de higiene oral personalizada en un área que contribuya al aprendizaje con material audiovisual tanto para el paciente como para su padre o encargado, además se hacen recomendaciones tanto al programa PAIPAD como a la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

El propósito del estudio es iniciar una plataforma para trabajos de investigación en esta área y así la Odontología para pacientes discapacitados sea de mayor calidad cada día.

1. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la efectividad de la educación sobre técnicas de Higiene Oral impartida a los padres o responsables de pacientes en el Programa PAIPAD (Programa de Atención Integral a Pacientes con Alteraciones del Desarrollo) de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador en el período de Septiembre a Noviembre de 2013.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.

Comparar los índices de placa dentobacteriana de pacientes del programa PAIPAD (Programa de Atención Integral a Pacientes con Alteraciones del Desarrollo) de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador y del Hogar Padre Vito Guarato.

2. MARCO TEÓRICO.

Según la OMS la discapacidad se define como: toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se caracterizan por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. (1)

Otro concepto de discapacidad que es eminentemente médico, el paciente con discapacidad o especiales es el que los define como aquellos que presentan signos y síntomas que los alejan de la normalidad, y hay de diferentes tipos: Discapacidad sensorial, Física o motora e intelectual. (2, 3)

También Samuel Kirk en 1974 define como excepcional a aquel niño o persona que presenta características intelectuales, físicas o sociales que se apartan del promedio de los niños normales de la misma edad que debido a esto es necesario modificar la práctica docente o brindarles una educación especial y diferente para que desarrollen y alcancen su máxima capacidad.(4)

Para la práctica odontológica diaria no va a ser diferente, se considera paciente especial a aquella persona que debido a su condición intelectual, física o social es distinto a otros individuos de su misma edad considerados normales y que requieren una atención odontológica que se adecue a su condición diferente (2, 4).

Todo niño y adolescente tiene derecho de recibir salud; por ende, el permanecer pasivos ante una realidad palpable de la que a veces se prefiere no hablar, constituye en claro ejemplo de discriminación (1)

Los pacientes con discapacidad motriz y enfermedades del desarrollo al buscar atención odontológica son rechazados, maltratados y cuando se les atiende el tratamiento realizado muchas veces no es el adecuado.

Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud coinciden en sus estadísticas que, el 10% de la población mundial presenta algún tipo de discapacidad de distintos tipos y niveles de complejidad, tres cuartas partes de la cual no reciben atención odontológica (1, 5, 6, 7)

El paciente con déficit motor o con enfermedades del desarrollo es un paciente con muchas más necesidades de atención odontológica que el paciente normal ya que su minusvalía lo pone en desventaja con otros pacientes que si tienen todas sus capacidades.

Otro concepto de discapacidad se define como una característica que hace dificultoso el desarrollo tanto motor como intelectual y que se debe a una minusvalía y minusvalía se define como una característica ya sea motora o sensorial que pone en desventaja con respecto a los demás al que la padece. (2)

La odontología del paciente discapacitado plantea retos para el profesional odontólogo que acepta la responsabilidad de brindar atención a niños con este problema, sin embargo no significa que sea tan diferente a la práctica cotidiana (1, 6).

A pesar de la mayor necesidad de cuidados odontológicos, se considera que estos pacientes son un grupo desatendido en el campo odontológico (8) esto se debe en gran parte a la falta de formación de parte del profesional odontólogo general, falta de especialistas en este campo y por qué no mencionarlo a la falta de ánimo de atender a este tipo de pacientes; además vale también mencionar que por falta de recursos económicos las familias relegan la atención odontológica a un segundo plano (2, 4, 8).

Por lo que proporcionar una adecuada atención odontológica a este grupo de pacientes se convierte cada vez más en un reto para el profesional odontólogo, pues de todas las personas que asisten a la consulta ellos son un grupo con mucho riesgo de padecer enfermedades bucodentales por diferentes razones, siendo esta una condición agregada a su discapacidad. Habitualmente podemos observar en el grupo de pacientes una deficiencia buco dentaria con elevado índice de placa dentobacteriana o gingivitis, presencia de cálculo en edades muy precoces, halitosis y restos alimenticios adheridos a mucosas y dientes, predominio de dietas blandas, que son cariogénicas, ricas en hidratos de carbono y con alto contenido de sacarosa, alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal, pérdida prematura de dentición permanente, abrasiones, mayor incidencia de mal oclusiones, oclusión traumática y bruxismo frecuente. (2,3).

Cada individuo tiene un riesgo de padecer la enfermedad caries y enfermedad gingival diferente de acuerdo a características sistémicas y locales particulares, por eso es esencial que los pacientes con déficit motriz y enfermedades del desarrollo participen en programas preventivos. (8)

Las lesiones cariosas activas y la enfermedad periodontal provocan mayor morbilidad dentaria durante toda la vida de una persona, independientemente de su edad, sexo y raza, pero con predominio en personas discapacitadas. (9)

Por lo que la prevención de las enfermedades bucales es una estrategia fundamental. Debido a la problemática que acompaña el nacimiento de un niño excepcional es difícil que los padres demanden una atención odontológica

preventiva; por lo que al momento de llegar a la consulta odontológica estos pacientes necesitan tanto tratamientos preventivos como curativos. (6,4)

Según lo citado en un artículo científico la AAP (Academia Americana de Periodoncia), define Gingivitis como la enfermedad bacteriana que provoca inflamación y hemorragia gingival, causada por la placa bacteria, detritos alimenticios que quedan atrapados entre los dientes y por una nula o deficiente higiene bucal. De acuerdo a la Academia Americana de Periodoncia (AAP) la Gingivitis es la más leve de las enfermedades del periodonto, según el glosario de términos de la AAP puede ser considerada como el primer estadio de la enfermedad periodontal. (10)

Según un artículo publicado en el año 2009 sobre manejo de gingivitis asociada a placa dentobacteriana se menciona que en la periodontología de Carranza se hace una historia sobre las diversas definiciones expresadas por diferentes investigadores acerca del término de placa dental (11).

La placa dentobacteriana fue descrita por primera vez en 1898 por Black, como una masa microbiana que recubría las lesiones cariosas. En 1976, Bowen, define a la placa dental como depósitos blandos que forman una biopelícula que se adhiere a la superficie dentaria o a otras superficies duras en cavidad oral. Actualmente, Marsh y Martin (2000), que son citados por Guillarte y Perrone definen a la placa dental como una comunidad microbiana compleja que se encuentra en la superficie de los dientes, embebida en una matriz de origen bacteriano y salival. De igual manera Guillarte y Perrone citan a Moore (1987), estimó que es posible encontrar más de 300 especies bacterianas en la placa dental, pero solo un número reducido se relacionan con la periodontitis. Slots (1979), Leknes y col, (1997) y Timmerman y col, (2001), señalan, que la presencia de la placa dental con especies bacterianas anaerobias específicas, induce al desarrollo de la enfermedad periodontal. (11)

Un factor que tiene gran importancia es la complejidad de un correcto abordaje en pacientes con algún grado de discapacidad, que es una competencia relegada al odontopediatra, siendo este el personaje más idóneo para corregir e incluir en un programa netamente preventivo al núcleo familiar como tal. La interconsulta se vuelve necesaria cuando el paciente manifiesta signos y síntomas de caries extensa con involucramiento pulpar o pérdida de inserción, maloclusiones y/o presencia de lesiones a nivel de mucosa oral, integrando las especialidades de la profesión para brindar un correcto abordaje, revirtiendo los procesos patológicos y restaurando la salud de manera progresiva; esto no sería posible sin la planificación adecuada de un tratamiento integral(4), en esto también se basa el programa de atención integral de abordaje de los pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador donde la atención es integral.

También se debe tomar en cuenta la dieta de los pacientes; pues se compone en su mayoría por alimentos azucarados que son blandos y pueden no siempre ser nutritivos lo que contribuye al acumulo de restos alimenticios y que puede conllevar a un cuadro de desnutrición agravando el cuadro clínico del paciente.

(11)

Otro factor que predispone la salud bucal de estos pacientes es el aspecto farmacológico, pues por sus patologías sistémicas siempre están en control con medicamentos que además de ser azucarados les produce agrandamiento gingival como los anticonvulsivos que además producen disminución del flujo salival. (5, 2,10)

La evidencia científica sugiere que en pacientes con déficit motriz y enfermedades del desarrollo existe una mayor prevalencia de patologías bucales por lo que la educación y medidas de higiene oral no están siendo bien enfocadas a ellos. (8)

El cepillado dental es la principal arma con la que contamos los dentistas para combatir las principales patologías orales (8, 12), pero cuando el paciente ve mermada su capacidad de realizar tareas básicas como serian vestirse, comunicarse o alimentarse, la higiene oral se convierte en una tarea difícil, que es relegada a un segundo plano (4, 8, 12); por lo que las pautas preventivas de higiene oral tendentes a mejorar la técnica del cepillado, uso de pastas fluoradas, colutorios de flúor, control de dieta, control de hábitos en el domicilio y el control de la placa bacteriana, junto con sellantes de fosas y fisuras por parte del odontólogo han demostrado que conducen a una disminución de los problemas bucodentales en este grupo. (13)

La interrelación padres-educadores-odontólogo resulta imprescindible en aras a una consecución completa de nuestros objetivos de tratamiento (14)

No existen reglas ni recetas para encarar el tratamiento del paciente discapacitado ya que ninguna persona es igual a otra y todas pueden reaccionar diferentes a la situación odontológica. (14). Se deben establecer estrategias de salud encaminadas a conservar la salud oral en estos niños, considerando que en los casos en que la patología sea extensa, las posibilidades de atención oral se dificultan. Por todo lo anterior se muestra especialmente relevante la prevención desde el embarazo, estableciendo programas de seguimiento y atención.

Para evitar enfermedades dentales en la mayoría de los niños con discapacidad es esencial establecer contacto en forma precoz. (9) La atención médico-odontológica a pacientes discapacitados con enfoque familiar y enfoque de riesgo, tiene como punto de partida el diagnóstico de salud familiar y el plan de

acción ejecución, que constituyen los elementos esenciales para ejecutar las acciones de promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación. (12)

La prevención y la reeducación en técnicas de higiene oral es sin duda una estrategia de solución para los problemas o enfermedades caries dental y enfermedad periodontal, más sin embargo se debe pasar un largo camino que debe ser recorrido en conjunto; paciente, odontólogo y encargados. (12) La cooperación de la familia puede volverse fundamental en la higiene del paciente especial, la colaboración e instrucción de la persona que lo cuida puede hacer la diferencia en su estado de salud bucal, según un estudio realizado en el Instituto especializado PROFESA de San Juan Pastor, Colombia en el año 2009 se obtuvieron las siguientes conclusiones; una de ellas es que la dinámica familiar interna de las personas con discapacidad intelectual leve es, en mayor proporción, funcional, y su higiene bucal es regular. Otra de las conclusiones expresa que, Es relevante tener en cuenta que este grupo de población demanda estrategias de atención en función de riesgos detectados, tanto en el vínculo familiar, como en la cavidad oral. (13)

En Chimbole, Costa de Perú, la Universidad Católica de Los Ángeles realizó en el 2011 un estudio sobre “El nivel de conocimiento de los padres o tutores en Salud Bucal” las conclusiones de este no fueron muy satisfactorias pues las estadísticas arrojaron que en cuanto a Salud Bucal un 34.6% tiene un conocimiento regular, 64.5% tiene conocimiento malo y el 0.0% tiene buen conocimiento; mientras que en medidas preventivas el 90.4% fue regular y el 9.6% fue bueno, por lo que las medidas de Educación y Promoción de la Salud Oral deben ser aumentadas.(14)

Un estudio similar se realizó en la Universidad Mayor de San Marcos en Perú en el año 2006 en el que se evaluó la Relación entre el nivel de conocimiento de los padres sobre Higiene Oral y el estado de salud oral de los niños y niñas discapacitados. El estudio se realizó tomando a 90 padres de familia y a sus respectivos hijos, los resultados fueron un tanto contradictorios pues aunque el 68.9% de los padres tenía un conocimiento regular sobre salud bucal el índice de Placa Dentobacteriana encontrado en los pacientes fue de 88.9%, estableciéndose una relación estadística significativa; nivel de conocimiento de padres con un $p < 0,05$ y una correlación inversa $p = 0.58$, con un $p < 0,05$ es decir nivel de conocimiento regular, índice de Placa Dentobacteriana alto en los niños.(15)

Otro estudio realizado en el Instituto de Educación Especial El Zulia de Maracaibo, Venezuela en el año 2007 denominado “Participación de Padres en el cuidado de la salud bucal de niños y adolescentes con síndrome de Down” muestra resultados para muchos esperados; se encontró que respecto al

acumulo de placa de 3 grupos que conformaban la investigación los tres presentaban acumulo de Placa Dentobacteriana el grupo más elevado era el de niños entre las edades de 11 a 14 años de edad con un 22.8% de placa bacteriana utilizando el índice de Silness y Loe más el índice de inflamación gingival de 3.72 utilizando el mismo índice, además realizaron reuniones periódicas con los padres y aun cuando el 100% de ellos manifestaron reconocer la importancia de la higiene oral en los niños aceptaron que desconocían mucha información al respecto.⁽¹⁶⁾

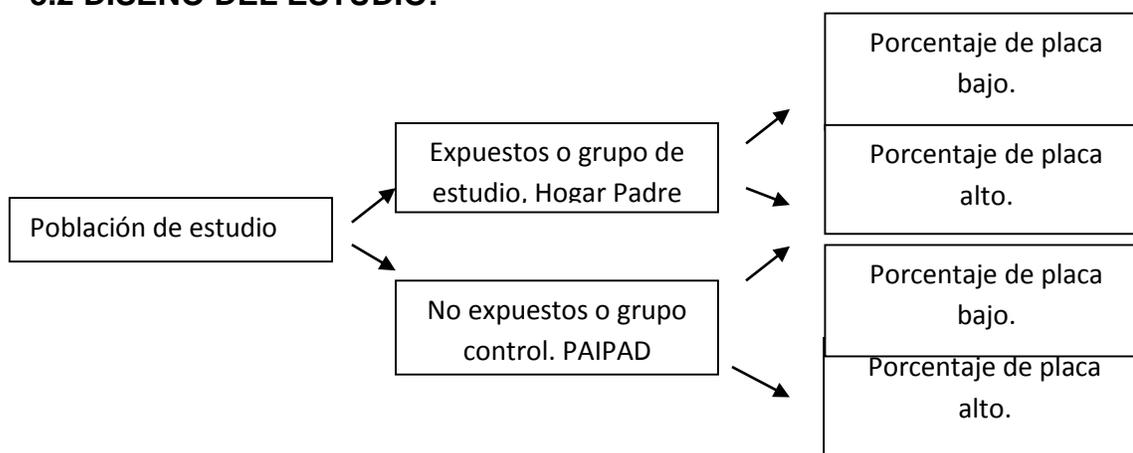
De toda esta fundamentación teórica podemos notar o inferir que el manejo del paciente discapacitado hoy en día está cambiando y la participación de los padres o encargados en la realización de las tareas de higiene diaria debe ser del interés de todo el gremio odontológico, para mejorar así su calidad de vida.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El diseño corresponde a un estudio de cohortes, longitudinal, prospectivo.

3.2 DISEÑO DEL ESTUDIO:



3.3 TIEMPO Y LUGAR:

La investigación se realizó en el programa PAIPAD de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador y en el del hogar Padre Vito Guarato en los meses de octubre a noviembre del año 2013.

3.4 VARIABLES E INDICADORES

3.4.1 Cuadro 1: Cuadro de variables e indicadores.

Variable	Definición conceptual	Dimensión Variable	Indicador
Placa Dentobacteriana.	Placa dentobacteriana se define como una comunidad microbiana compleja que se encuentra en la superficie de los dientes, embebida en una matriz de origen bacteriano y salival.	Se medirá mediante el índice epidemiológico O'Leary simplificado.	Pigmentación con fuscina de superficies dentales. Porcentaje bajo 0% - 20% Porcentaje moderado 21% - 50% Porcentaje alto 51% ó más

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.2. Población.

La población para esta investigación fueron los pacientes activos con edades diversas del Programa Preventivo PAIPAD Facultad de odontología de la Universidad de El Salvador y los pacientes internos del hogar Padre Vito Guarato, con enfermedades del desarrollo diversas y de complejidad de manejo odontológico sencillo a moderado.

- Criterio de inclusión:
Niños que asistieran a la consulta con los padres o responsables.
- Criterio de exclusión:
Padres o responsables que se nieguen a que el paciente participe.
Niños o niñas que asistan sin padres o encargados a la consulta odontológica.

3.5.2. Muestra.

El universo de estudio está constituido por dos grupos; el grupo de estudio o grupo de no expuestos se conformó por pacientes del programa PAIPAD (Programa de Atención Integral a pacientes con Alteraciones del Desarrollo) elegidos o seleccionados por muestreo intencionado, esto por la complejidad y adaptación de algunos pacientes en los que la evaluación se podía tornar dificultosa. En cuanto al grupo control o grupo de expuestos, la muestra se tomó de manera aleatoria, pues son pacientes internos del Hogar Padre Vito Guarato.

3.6 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:

3.6.1 Recolección de los datos

Para analizar la variable Índice de Placa Dentobacteriana se realizó una guía de observación que se aplicaría simultáneamente a los grupos de expuestos y el grupo de los no expuestos (ver anexo 1); se procede a explicar a los padres o cuidadores de los pacientes el motivo de la investigación y el procedimiento a realizar; se les indico que firmaran el consentimiento informado (ver anexo 2) y se procedió a teñir con Fuscina las piezas indicadas en el Índice de O`Leary simplificado (1-6, 1-1, 2-6, 3-6, 3-1, 4-6) y si estas piezas no estuvieran presentes se tomaría la que este presente en ese cuadrante (por ejemplo en lugar del 1-1 se puede tomar el 1-2) y a tomar los datos mediante el recuento de placa Dentobacteriana.

La segunda intervención se realizó quince días después, se aplicó el segundo control de placa dentobacteriana tanto al grupo de estudio o grupo de no expuestos como el grupo control o expuestos.

Se debe hacer notar que el grupo de estudio o grupo de no expuestos son pacientes ambulatorios y su control odontológico es una vez por semana o quincenal y los pacientes del grupo control o expuestos son pacientes internos y su control odontológico es casi a diario, además en el Hogar Padre Vito Guarato hay muchos pacientes que son capaces de realizar su higiene oral por si solos, con la supervisión de un cuidador que es rotatorio y que tiene asignada una cantidad determinada de niños y niñas en cada horario.

3.6.2. Análisis de los datos.

Para la interpretación de los datos, estos se procesaron en una hoja tabular diseñada en el Programa Excel, se resumieron con estadísticos descriptivos y se analizaron por medio de Riesgo Relativo en el programa SPSS.

4. RESULTADOS.

Para responder a la variable planteada Índice de Placa Dentobacteriana que concuerda al objetivo específico de esta investigación, se procedió a realizar una evaluación de riesgo comparando los índices de placa dentobacteriana entre en grupo de estudio o grupo de expuestos y el grupo control o grupo de no expuestos, mediante el método de Riesgo Relativo.

4.1 Cuadro 2, Riesgo Relativo inicial

	Porcentaje PDB Alto	Porcentaje PDB moderado	Total
Control o Expuestos(Hogar Padre Vito Guarato)	15	0	15
Estudio o No expuestos (PAIPAD)	12	3	15
Total	27	3	30

Prevalencia de la enfermedad	Estimación		IC (95.0%)
-----	-----	-----	-----
En expuestos	1.000000	-	-
En no expuestos	0.800000	-	-
Razón de prevalencias	1.250000	0.970555	1.609903
-----	-----	-----	-----

Con el primer resultado se interpreta que los pacientes del Hogar Padre Vito Guarato tienen 1.25 más veces de riesgo de sufrir índices de placa bacteriana elevados.

4.2 Cuadro 3, Riesgo Relativo final

	Porcentaje PDB Alto	Porcentaje PDB moderado	Total
Expuestos (Hogar Padre Vito Guarato)	13	2	15
No expuestos (PAIPAD)	9	6	15
Total	22	8	30

Prevalencia de la enfermedad (95.0%)	Estimación		IC
-----	-----	-----	-----
En expuestos	0.866667	-	-
En no expuestos	0.600000	-	-
Razón de prevalencias	1.444444	0.913314	2.284450

En cuanto a la segunda parte de la prueba, hay un 1.44 más de riesgo para los pacientes del Hogar Padre Vito Guarato de tener índices de placa altos en comparación con los pacientes del programa PAIPAD, gracias a la transferencia de técnicas de higiene oral impartidas en el programa.

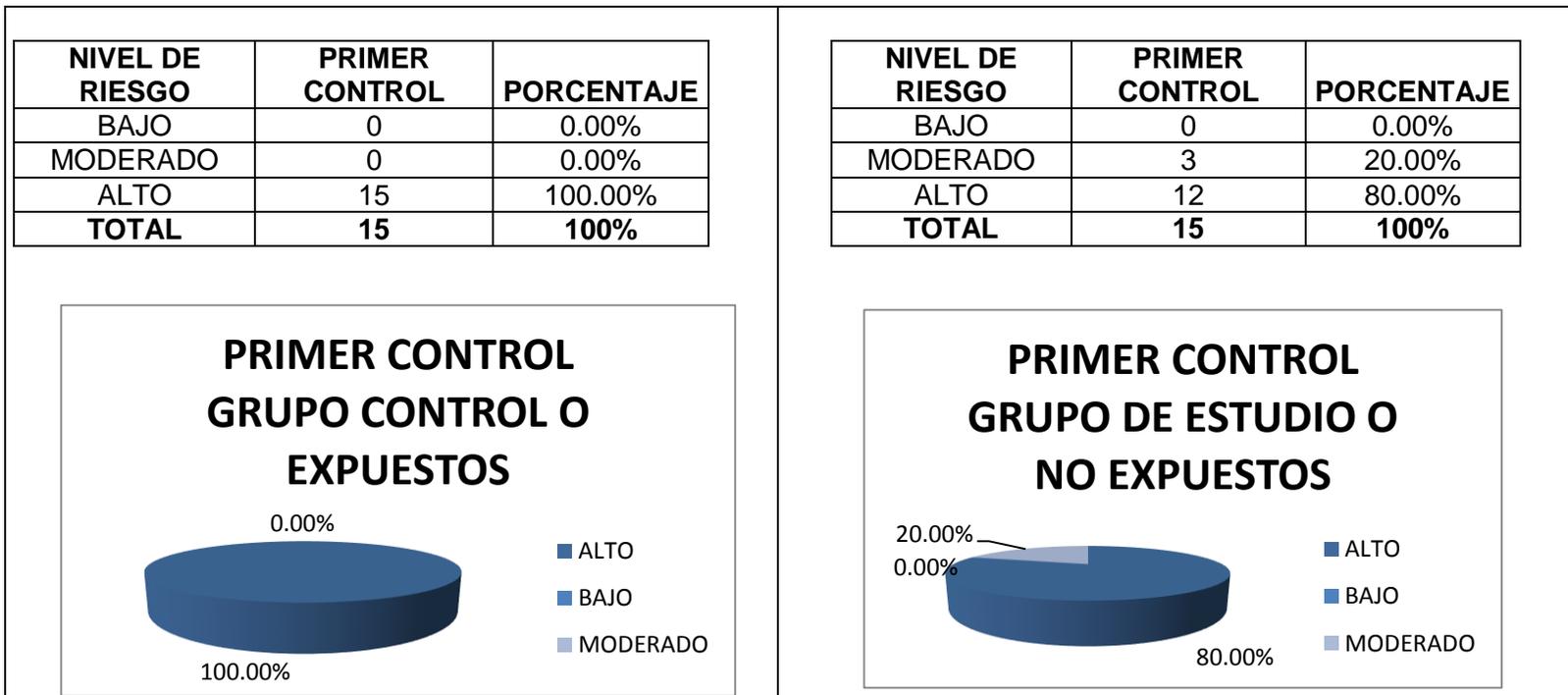
El análisis determino que los datos no pueden extrapolarse pues el resultado no es estadísticamente significativo porque el segundo control, fue realizado a los 15 días después del primer control, y se puede inferir que se necesita más tiempo para que la forma de realizar la higiene se fije como hábito, ya que los pacientes son ambulatorios y su higiene oral es responsabilidad de quien los cuida en casa.

4.3 Cuadro 4, tabla comparativa de observación realizada al Grupo Control y al Grupo de Estudio.

OBSERVACIÓN GRUPO CONTROL O EXPUESTOS					OBSERVACIÓN GRUPO ESTUDIO O NO EXPUESTOS				
Código	Primer Control PDB	Nivel de Riesgo	Segundo Control PDB	Nivel de Riesgo	Código	Primer Control PDB	Nivel de Riesgo	Segundo Control PDB	Nivel de Riesgo
1	100.00%	Alto	75.00%	Alto	1	54.16%	Alto	83.33%	Alto
2	79.16%	Alto	45.83%	Moderado	2	79.16%	Alto	58.30%	Alto
3	95.83%	Alto	91.66%	Alto	3	66.66%	Alto	45.83%	Moderado
4	100.00%	Alto	100.00%	Alto	4	45.83%	Moderado	41.66%	Moderado
5	87.50%	Alto	79.16%	Alto	5	70.83%	Alto	83.33%	Alto
6	100.00%	Alto	100.00%	Alto	6	66.66%	Alto	66.66%	Alto
7	54.16%	Alto	37.50%	Moderado	7	100.00%	Alto	100.00%	Alto
8	95.83%	Alto	91.66%	Alto	8	83.33%	Alto	83.33%	Alto
9	100.00%	Alto	100.00%	Alto	9	45.83%	Moderado	37.50%	Moderado
10	100.00%	Alto	100.00%	Alto	10	45.83%	Moderado	45.83%	Moderado
11	95.83%	Alto	100.00%	Alto	11	91.70%	Alto	79.16%	Alto
12	100.00%	Alto	100.00%	Alto	12	54.16%	Alto	37.50%	Moderado
13	91.83%	Alto	100.00%	Alto	13	100.00%	Alto	91.66%	Alto
14	83.33%	Alto	87.50%	Alto	14	66.66%	Alto	50.00%	Moderado
15	100.00%	Alto	100.00%	Alto	15	75.00%	Alto	66.66%	Alto

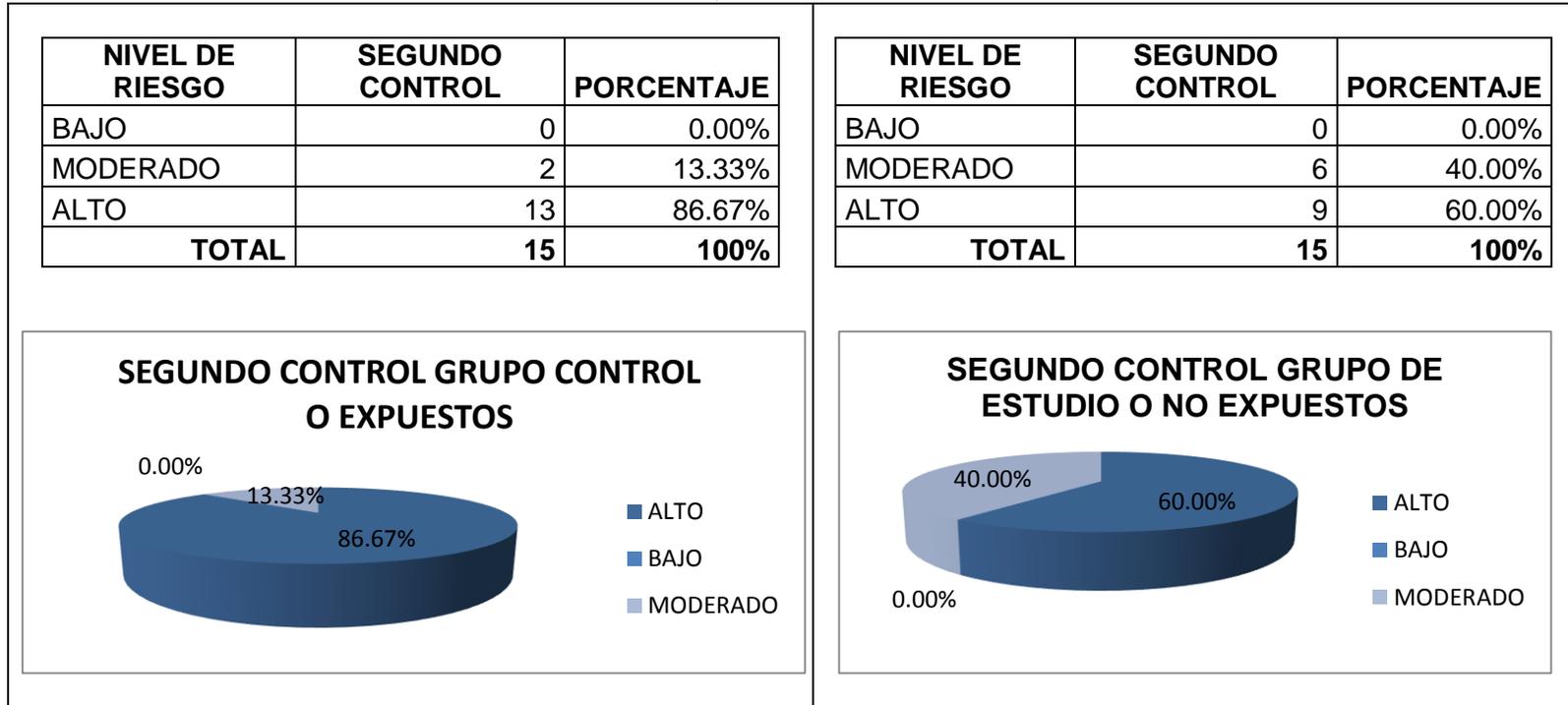
NIVELES DE PORCENTAJE DE PLACA		
Bajo 0% - 20%	Moderado 21% - 50%	Alto 51% ó más

4.4. Cuadro 5, PRIMER CONTROL



Interpretación: En estas gráficas podemos observar de acuerdo a su clasificación en alto, moderado y leve; de acuerdo a esto se observa que en el grupo control o expuestos el 100% de los pacientes están ubicados en riesgo alto y en el grupo de estudio o no expuestos un 80% se ubican en riesgo alto y 20% en riesgo moderado.

4.5 Cuadro 6, SEGUNDO CONTROL



Interpretación: En estas gráficas podemos observar de acuerdo a su clasificación en alto, moderado y leve; de acuerdo a esto se observa que en el segundo control de placa en el grupo control o expuestos hubo una disminución en el índice de placa ya que hay un porcentaje de 13.33% se ubicaron en el rango moderado y un 86.67% en el rango de alto y en el grupo de estudio o grupo de no expuestos el índice también presentó disminución, un 40% se ubicó en el rango moderado y un 60% en el rango alto.

5. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

En la actualidad son pocos los trabajos orientados a conocer el estado de salud bucal de los pacientes con discapacidad Intelectual, Sensorial y/o Motora. Sin embargo el manejo de la misma a nivel internacional cada vez cobra más interés en los profesionales de la salud. Es así como en otros países esta población pertenece a un grupo de atención priorizado, por lo que el odontólogo debe manejar los conocimientos necesarios para poder manejar las necesidades de estos pacientes. (17)

Para iniciar esta discusión de resultados, se quiere dar a conocer que al realizar la media de los recuentos totales de placa dentobacteriana tanto del grupo de estudio o no expuestos como del grupo control o grupo de expuestos, referente al Cuadro , tabla comparativa de observación realizada al Grupo Control o grupo de expuestos y al Grupo de Estudio o no expuestos; se debe hacer notar que si hubo diferencia entre las medias de cada población, el **recuento de Placa Dentobacteriana, en el grupo de estudio fue de 64.7 %** mientras que el **grupo control fue de 87.2 %** ; esto es un total entre los dos controles realizados con 15 días de diferencia, por lo que el grupo de estudio o grupo de no expuestos, que son pacientes cuidados por sus familias, tiene menos porcentaje de placa dentobacteriana con respecto al grupo control o grupo de expuestos que son los pacientes internos del Hogar Padre Vito Guarato ; lo que concuerda con **CUTRESS T, SUCKLING G.AND BROWN R. (1973) y retomado por CABELLOS DORIS 2006**, que evaluó la prevalencia de enfermedad periodontal y concluyo que observó una mayor prevalencia de enfermedad periodontal en aquellos que vivían en Instituciones en comparación con los que vivían en casa. (15)

Se hace evidente entonces que el índice de Placa dentobacteriana de los pacientes del PAIPAD que corresponden al grupo de estudio o no expuestos y los del hogar Padre Vito Guarato que corresponden al grupo control o expuestos es porcentaje alto en su mayoría; pues los ubicados en porcentaje moderado solo están ubicados en el grupo de estudio o grupo de no expuestos, resumido los porcentajes de placa quedaron así: en el **grupo control o grupo de expuestos** que es del **Hogar Padre Vito Guarato**, en su primer recuento de placa dentobacteriana el 100% de los pacientes quedaron con porcentaje alto y el segundo control 13.33% se ubicó en riesgo moderado, y un 86.67% en porcentaje alto, mientras que en el **grupo de estudio o grupo de no expuestos** que son los pacientes del **PAIPAD**, en el primer recuento dejo a un 20% en riesgo moderado y un 80% en riesgo alto, con quince días de diferencia, los porcentajes también cambiaron ya que en el segundo recuento se ubicó a un 40% en riesgo moderado y a un 60% en riesgo alto. Esto concuerda con un estudio realizado en **CABELLOS en 2006** pues de su población un 88.9 % de los niños presentó un Índice de higiene oral malo y solo un 11.1 % fue bueno. (15) y con **TAN**

CASTAÑEDA en el 2001 que un 91.7 % de la población de su estudio tenía una higiene bucal deficiente. (18)

En cuanto a la prueba de Riesgo Relativo, también se realizó por cada control, en el primer control se concluye que los pacientes del grupo control o expuestos tienen un 1.25% más de veces de tener índices de placa dentobacteriana alto con respecto al grupo de estudio o no expuestos, y en el segundo control al realizar prueba se concluyó que hay un 1.44 más de riesgo para los pacientes del grupo control o expuestos que son los del Hogar Padre Vito Guarato de tener índices de placa alto en comparación con los pacientes del grupo de estudio o no expuestos que son los del programa PAIPAD; esta información puede ser comparada con un estudio realizado por **F, ALMOMANI Y COLABORADORES**. Que en su estudio realizado entre dos grupos recibiendo el grupo 1 educación y motivación y el grupo 2 únicamente educación; los resultados de disminución del porcentaje de placa, les permitió conocer que sus pacientes que recibieron educación y motivación disminuyeron en el primer control y también en el segundo; mientras que en el grupo que solo recibió educación hubo disminución en el primer control y se estancó ahí pues en el segundo control los niveles de porcentaje de placa dentobacteriana se mantuvieron, y concluyeron que el grupo 1 tienen un porcentaje menor de placa dentobacteriana y por lo tanto menos riesgo de padecer gingivitis con respecto al grupo 2. (19) Esto a criterio de los investigadores puede retomarse en la investigación pues los pacientes del grupo de estudio o grupo de no expuestos conformado por pacientes del Programa PAIPAD tienen en su consulta el componente de educación y motivación personalizada por parte de los odontólogos tanto a los padres o responsables como a los pacientes; mientras que en el Hogar Padre Vito Guarato que corresponden al grupo control o expuestos la enseñanza, reeducación y motivación puede no ser tan personalizada.

Cabe señalar que el estudio tiene sus limitaciones pues el bajo número de recuentos de placa dentobacteriana así como la reducida población, no nos puede dar información tan certera, pero es la puerta de entrada a otras investigaciones en el área de los pacientes discapacitados.

6. CONCLUSIONES.

En concordancia con los resultados obtenidos en la investigación las conclusiones a las que nos conlleva son las siguientes:

1. La efectividad de la educación y motivación que vemos reflejada de manera apreciativa con el índice de placa dentobacteriana, nos muestra que es mayor y constituye un factor protector en el programa PAIPAD que corresponde al grupo de estudio o no expuestos comparado con el Hogar Padre Vito Guarato que corresponde al grupo control o expuestos.
2. El grupo control o grupo expuestos (pacientes del Hogar Padre Vito Guarato) tienen más riesgo de tener índices de placa dentobacteriana alta con respecto al grupo de estudio o grupo de no expuestos (pacientes de programa PAIPAD)

7. RECOMENDACIONES.

Considerando las conclusiones del estudio, las características individuales de cada paciente y las limitaciones del estudio las recomendaciones son las siguientes:

1. El programa PAIPAD es un elemento fundamental en la salud bucal del paciente discapacitado en El Salvador y debe tener más apoyo en todas sus actividades por parte de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.
2. Para futuros estudio de este tipo se debe tomar en cuenta una población más amplia y un estudio longitudinal.

LIMITACIONES

1. La principal limitante es la población reducida para el estudio.
2. El manejo complicado de algunos pacientes por sus diferentes afecciones.
3. Los problemas legales que tenía el Hogar Padre Vito Guarato durante las fechas en las que se realizó el estudio volvió dificultoso el acceso a las instalaciones del mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Morales Chávez Marian Carolina, Abordaje conductual del paciente autista en la consulta estomatopediátrica, REDOE, [en línea] 2006; [fecha de acceso marzo de 2013]; URL disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=37>
2. Dávila María E., Gil Maritza, Daza Damelis, Bullones Xiomara, Ugel Eunice. Caries dental en personas con retraso mental y Síndrome de Down. Rev. Salud pública [serial on the Internet]. 2006 Dec [cited 2014 June 16] ; 8(3): 207-213. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000300006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642006000300006>.
3. Curso de Atención Odontología de pacientes con necesidades especiales. Chile 17 de mayo al 7 de septiembre de 2011. Universidad Santa María; 2011.
4. López Jordi María del Carmen, El paciente especial discapacitado, Facultad de odontología de la Universidad de la República de Uruguay, 2008. [En línea], [citado 2013 Jun], URL, Disponible en: <http://www.odon.edu.uy/catedras/odontope/teoricos/elpacientediscapacitado.pdf>
5. Caballero Hernández Yanetsy, salud bucal en niños discapacitados, Revista electrónica de portales médicos.com [en línea], 2009; [fecha de acceso 2013]; 6; 111. URL disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1464/1/Salud-bucal-en-ninos-discapacitados.html>
6. Morales Chávez Mariana C. Patologías Bucodentales y Alteraciones Asociadas Prevalentes en una Población de Pacientes con Parálisis Cerebral Infantil. Acta odontol. venez [revista en la Internet]. 2008 Mar [citado 2014 Jun 16]; 46(1): 52-55. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000100010&lng=es.
7. Ranaglia C. Odontología y Rehabilitación, Portales médicos.com.[en línea], 2001. Mar [citado 2013 Jun], URL, Disponible en <http://maxilis.webcindario.com/subpage-50.htm>
8. García Cristina, Palma Camila, el paciente con necesidades especiales, integración de la salud oral en el bienestar general del paciente con

- necesidades especiales. .[En línea] [citado 2013], URL, disponible en: <http://discapacidadcolombia.com/archivos/SaludOralPacientesNecesEspeciales.pdf>
9. Maricela Márquez Filifú, Rafael A. Rodríguez Castillo, Epidemiología de la caries dental en niños de 6-12 años en la Clínica Odontológica “La Democracia”, República Bolivariana de Venezuela, [En línea] [citado 2013] MEDISAN 2009; 13(5). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san12509.htm
 10. Acosta López Claudia Astrid, Chávez Mares Maria del Rayo, Pérez Malpica Patricia, Ramírez Lealde Ariadna. Niños con síndrome de Down: la realidad en su cuidado odontológico, Universidad Autónoma de Mexico UNAM, facultad de odontología Itztacala, disponible en: <http://odontologia.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/cartel/sindromecartel01.htm>
 11. Losada Amaya Sergio. Guía de manejo de gingivitis asociada a placa dentobacteriana, Fundación HOMI Hospital de la misericordia 02/12/09, disponible en internet en: http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion_homi/2.%20Guia%20de%20manejo%20de%20Gingivitis%20asociada%20a%20placa%20bacteriana.pdf
 12. Jimenez C. De Freitas G. Corzo L. Hernandez. “Patologías mas frecuentes en cavidad bucal en niños y adolescentes mal nutridos y nutridos que asistieron al centro de atención nutricional infantil antímano durante mayo y octubre de 2008”. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica junio 2009. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada .disponible en : <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art10.asp>
 13. Córdoba Urbano Doris Lucia, Portilla Cabrera María Isabel, Arteaga Caiza Guillermo. DINÁMICA FAMILIAR INTERNA E HIGIENE BUCAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE. Hacia promoc.

- Salud [serial on the Internet]. 2010 Dec [cited 2013 May 06]; 15(2):81
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772010000200006&lng=en
14. García Zarate Marcial Tulio. “ Nivel de conocimiento sobre Salud Bucal en tutores y padres de familia en niños de educación inicial pública en pueblos jóvenes, en el distrito Chimbote, provincia del Santa, Departamento de ANCASH en el año 2011[Tesis], Universidad Católica de Los Ángeles, Chimbote 2011. <http://es.calameo.com/read/0021424720dbf173098e7>

 15. Cabellos Doris. Relación entre conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan de Perú [Tesis], Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2006. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2792/1/cabellos_ad.pdf

 16. Navas P Rita, Mogollón Joalis. Participación de los padres en el cuidado de la salud bucal de los niños y adolescentes con síndrome de Down. Ciencia Odontológica [periódico na Internet]. 2007 Dez [citado 2013 Jun 28]; 4(2): 130-140. Disponible en: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1317-82452007000200004&lng=pt

 17. Arias S, Muñoz L, Rodríguez G, García J, Consideraciones Actuales del Tratamiento Estomatológico en niños con discapacidad Mental Leve. Archivo Médico de Camaguey 2005; 9 (2). Disponible en: <http://www.amc.sdl.cu/amc/2005/v9n2/921htm>

 18. Tan Castañeda, Nuvia. Calzadilla Armando. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la practica estomatológica integral, [citado 2014 junio]; Revista cubana estomatológica, 2001;38(3):181-91. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol38_3_01/est06301.pdf

 19. F. Almomani, K. Williams, D. Catley and C. Brown, Effects of and Oral Health promotion program in people with mental illness. Ebsco Host, P.O Box 3030, M.O USA, University of Missouri-Nevada, j. dent rest 88(7); 648-652, 2009 [citado octubre de 2014] disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=939d3300-8786-4d10-91f1-d41c4375a477%40sessionmgr4005&hid=4207&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2lOZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=19605879>

ANEXOS

ANEXO 1
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**EFFECTIVIDAD DE LA EDUCACIÓN SOBRE TÉCNICAS DE HIGIENE ORAL A
PACIENTES CON ALTERACIONES DEL DESARROLLO Y SUS
CUIDADORES (FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE EL
SALVADOR).**

GUIA DE OBSERVACIÓN

Indicaciones:

1. Aplicar fucsina en los pacientes.
2. Contar el número de superficies teñidas, marcarlo en la tabla y sacar el porcentaje del índice.
3. Identificar las piezas que se deben observar para marcar en la tabla y verificar que estén presentes. En caso de no estar presentes se tomará la pieza más cercana.

Código No _____
FECHA: _____
HORA: _____

PRIMERA REVISION _____

1. Índice de O`Leary simplificado

1-6		2-6	Porcentaje bajo 0% - 20%
1-1		3-1	Porcentaje moderado 21% - 50%
3-6		4-6	Porcentaje alto 51% ó más

____/ 24 x 100 =

SEGUNDO REVISIÓN _____

2. Índice de O`Leary simplificado

1-6		2-6	Porcentaje bajo 0% - 20%
1-1		3-1	Porcentaje moderado 21% - 50%
3-6		4-6	Porcentaje alto 51% ó más

____/ 24 x 100

Anexo 2

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE ODONTOLOGIA



EFFECTIVIDAD DE LA EDUCACIÓN SOBRE TÉCNICAS DE HIGIENE ORAL A LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON DEFICIT MOTRÍZ EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este consentimiento informado es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo:

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es saber si realizo técnicas de higiene oral adecuadamente a mi hijo (a).

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha: _____

ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN GENERAL DE PROCESOS
DE GRADUACIÓN.



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA: ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES
CON PROBLEMAS DEL DESARROLLO, REFERENTE A TÉCNICAS DE
HIGIENE ORAL, FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNIVERSIDAD DE EL
SALVADOR.**

POR:

KIMBERLY MINERVA GUILLEN FUENTES.

**DOCENTE DIRECTOR:
Dr. JOSÉ OSMÍN RIVERA VENTURA.**

**ASESOR METODOLÓGICO
LICDA. HILDA MIRANDA LUNA**

SAN SALVADOR SEPTIEMBRE DE 2013

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN GENERAL DE PROCESOS
DE GRADUACIÓN.



Universidad de El Salvador
Hacia la libertad por la cultura

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN



EFFECTIVIDAD DE EDUCACIÓN SOBRE TÉCNICAS DE HIGIENE ORAL A
PACIENTES CON ALTERACIONES DEL DESARROLLO Y SUS
CUIDADORES.

(Facultad De Odontología Universidad De El Salvador)

POR:

KIMBERLY MINERVA GUILLEN FUENTES.

DOCENTE DIRECTOR:
Dr. JOSÉ OSMÍN RIVERA VENTURA.

ASESOR METODOLÓGICO
LICDA. HILDA MIRANDA LUNA

*Aprobado por Hilda Miranda
y ratificado por
Junta Directiva
8/oct/2013*

SAN SALVADOR SEPTIEMBRE DE 2013



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
COORDINACION GENERAL DE
PROCESOS DE GRADUACION

San Salvador, 22 de octubre de 2013

Doctor
José Osmin Rivera Ventura
Docente Director
Facultad de Odontología
Presente

Estimado Doctor:

Por la presente remito a usted, Protocolo "EFECTIVIDAD DE EDUCACIÓN SOBRE TÉCNICAS DE HIGIENE ORAL A PACIENTES CON ALTERACIONES DEL DESARROLLO Y SUS CUIDADORES (Facultad de Odontología Universidad de El Salvador)", ya revisado por la comisión, aprobado por la Coordinación y ratificado por Junta Directiva.

Atentamente,



Ruth Fernández de Quezada
Dra. Ruth Fernández de Quezada
Coordinadora General de
Procesos de Graduación

feder

INDICE

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	3
---	----------

JUSTIFICACIÓN.	5
----------------------------	----------

OBJETIVOS	6
------------------------	----------

OBJETIVO GENERAL	6
-------------------------------	----------

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
------------------------------------	----------

MARCO TEÓRICO.....	7
---------------------------	----------

MATERIALES Y MÉTODOS	10
-----------------------------------	-----------

Tipo de investigación:	10
-------------------------------------	-----------

Diseño del estudio:	10
----------------------------------	-----------

Tiempo y lugar:	10
------------------------------	-----------

Variables e indicadores	11
--------------------------------------	-----------

Población y muestra:	12
-----------------------------------	-----------

Recolección y análisis de datos:.....	12
--	-----------

CRONOGRAMA	15
-------------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El conocimiento es el primer escalón para la prevención y la aparición de las enfermedades, y siendo el objetivo de los profesionales de la salud el prevenir el inicio de las enfermedades y posterior desarrollo, la manera ideal de cumplir esta meta, es concentrar los esfuerzos y recursos para proteger a las personas en riesgo. Con esta idea se presenta la inquietud de realizar una investigación en la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, que abordará la educación en técnicas de higiene oral de los encargados de los pacientes con déficit motriz y enfermedades del desarrollo.

Se ha dispuesto como parte fundamental a los padres de familia o cuidadores, quienes juegan un rol muy importante en la salud bucal de estos pacientes; ya que la higiene oral de ellos en la mayoría de los casos es asistida por el padre o cuidador del paciente.

El estudio se llevará a cabo en el Programa de Atención Integral a Pacientes con Alteraciones del Desarrollo (PAIPAD) en la Facultad, con los pacientes que ya están inscritos y en control en este programa y sus padres o cuidadores.

En el hogar es donde se implementan las medidas de higiene oral y dependiendo de la educación que el cuidador posea, los resultados buenos o malos se verán reflejados en la cavidad bucal del paciente; por lo que los instrumentos del estudio serán un cuestionario, para determinar el conocimiento que los cuidadores han adquirido en la capacitación y verificar la realización de medidas de higiene oral; también se realizará un control de placa dentobacteriana mediante el Índice de O'Leary contenido en una guía de observación que permitirá evaluar la presencia de placa dentobacteriana.

La investigación será con un diseño de cohortes, longitudinal y prospectivo, pues se evaluará a dos grupos en un periodo de dos meses; con una población de 60 unidades de análisis 30 como grupo de estudio y 30 como grupo control.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Toda persona que presenta una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, (auditiva, visual, visceral, intelectual, muculoesqueletica, de lenguaje etc.) que en relación a su edad y medio social implica desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral se considera una persona con discapacidad. (1)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2001), dos terceras partes de la población con discapacidades no reciben atención bucodental alguna, y aunque los porcentajes estimados de población con discapacidad varían de un país a otro, los aspectos de salud integral para este grupo poblacional no incluyen su rehabilitación bucodental. (2)

Desde 1977 la OMS plasma que el 20% de la población con discapacidad requiere atención odontológica bajo anestesia general; pero el 80% si se puede atender en condiciones habituales como a cualquier paciente. (2)

El primer intento por cuantificar a la población discapacitada en El Salvador se llevó a cabo durante el V Censo Nacional de Población y IV de Vivienda de 1992. Al no obtener el resultado esperado, y con la esperanza de obtener cifras más reales, en el Censo del 2002 se incluyó un Módulo especial sobre discapacidad. Los resultados de esto permitieron caracterizar a la población salvadoreña que tuviese algún tipo de discapacidad. El Censo mostró una cantidad de 99, 958 personas con alguna discapacidad, de los cuales 5,226 son niños entre 0 y 6 años.

Entre las discapacidades que se muestran en los niños se encuentran discapacidad visual, auditiva, del habla, de movilidad, de destreza, por amputación, intelectuales y psicológicas. Niños con discapacidades de movilidad, destreza y por amputación se registraron alrededor de 3310, considerando que un niño puede tener más de un tipo de discapacidad. (4)

Señala Ravaglia (2000) la atención de pacientes con discapacidad difiere según la incidencia de ésta en el niño o adolescente y en su familia. Esto determina que el odontólogo tenga dominio clínico y comprensión de aspectos psicológicos, lo cual favorece el resultado de los tratamientos. Lo anterior se refiere a los aspectos psicológicos que se generan en una entidad, indivisible, formada por el paciente, su familia y la relación con los servicios disponibles en su medio ambiente social. (3)

Proporcionar una buena atención odontológica a los pacientes discapacitados se ha convertido en los últimos años en una necesidad de todos los profesionales en salud oral y considerando que de todas las personas que asisten a la consulta odontológica una parte muy sensible son los pacientes que padecen algún tipo de discapacidad, el profesional debe estar capacitado para brindar la atención odontológica como estos pacientes la necesitan. En

El Salvador muy pocos profesionales están capacitados para brindar la atención a estos pacientes al igual que son pocas también las instituciones que brindan atención a este tipo de pacientes.

En la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador existe un programa preventivo denominado Programa de Atención Integral a Pacientes con Alteraciones del Desarrollo (PAIPAD) atendido por docentes y por estudiantes que cursan el último ciclo de Práctica Disciplinar Profundizada de Odontopediatria. El programa surge en el año 2000 y se atienden a pacientes de diversas edades y con diversas patologías; convirtiéndose en un gran centro de referencias; tanto de la red pública como de las clínicas privadas. En el programa cada operador debe enseñar o instruir con la técnica de higiene oral personalizada enseñándola tanto al paciente, como a su acompañante reforzando la motivación del paciente y de su acompañante con la enseñanza de qué es la placa dentobacteriana, por qué se forma, cómo le perjudica al paciente tenerla en boca y cómo se elimina.

Por lo que resulta fundamental, que en el programa antes mencionado se evalúe la educación impartida a los pacientes, así como a los que cuidan de ellos en casa para saber si está siendo eficaz, resumiendo el estudio con la siguiente interrogante.

¿Es la educación en higiene oral impartida al padre o cuidador y al paciente eficaz, para mantener bajos los niveles de placa Dentobacteriana en los pacientes del PAIPAD?

2. JUSTIFICACIÓN.

La educación para la salud influye favorablemente en las actitudes y comportamientos de todas las personas, en salud oral la acción de transmitir conocimientos sobre técnicas de higiene oral y prevención va encaminado a la conservación de la salud del individuo mediante el cambio de su comportamiento y de los que le rodean.

Las enfermedades bucales son uno de los problemas con mayor prevalencia en el mundo sin embargo la mayoría se pueden prevenir con hábitos de higiene oral correctos, en el paciente discapacitado o especial no tiene por qué ser diferente; ya que en la práctica odontológica con el paciente discapacitado la higiene oral la mayoría de veces es asistida, es decir, la realiza una segunda persona sea esta persona uno de los padres, familiar o encargado; difícilmente la pueda realizar el paciente por sí mismo por lo que es vital el adiestramiento correcto y la concientización de estas personas.

Con este pensamiento surge la inquietud sin precedentes de realizar una investigación en la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador con el fin de verificar que tan eficaces son las técnicas de higiene oral impartidas a padres o cuidadores de los pacientes del PAIPAD, para así identificar correctamente en que se está fallando, que se puede mejorar, en que hay que reeducar y que conductas se deben erradicar en los padres y cuidadores de los pacientes, mediante una integración entre odontólogos, padres o cuidadores y pacientes, para construir un modelo eficaz y viable en el futuro para mantener a los pacientes con altos niveles de éxito en prevención de enfermedades bucales.

Y considerando que existe poca información sobre este tema en El Salvador esta investigación podrá sentar las bases para futuros programas preventivos que puedan brindar atención de calidad al paciente discapacitado.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la efectividad de la educación sobre técnicas de higiene oral impartida a los padres en el programa PAIPAD de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador en el periodo de septiembre a noviembre de 2013.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la efectividad de la motivación en la disminución de los valores del Índice de placa dentobacteriana.
2. Relacionar la técnica de higiene oral transmitida con la disminución de los valores del índice de placa dentobacteriana.
3. Relacionar la motivación transmitida por el odontólogo con la implementación de higiene bucal utilizada en casa.
4. Relacionar la motivación transmitida con la frecuencia de higiene bucal en casa.

4. MARCO TEÓRICO.

Según la OMS discapacidad se define como: toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se caracterizan, por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. ⁽¹⁾

Un concepto eminentemente médico de pacientes con discapacidad es el que los define como aquellos que presentan signos y síntomas que los alejan de la normalidad, y hay de diferentes tipos:

- Discapacidad sensorial: llamada visual o sensorial estos pacientes pueden tener problemas de comunicación con el odontólogo y las patologías orales no dependen del nivel de dependencia de otros, como es el caso de los pacientes no videntes.
- Discapacidad Física o motora: estos pacientes son los que presentan problemas de movimiento y los problemas bucodentales vienen por su pobre desarrollo motriz y su movilidad reducida, pero aquí no se puede generalizar porque están los que son como el paciente poliomielítico, que presenta discapacidad en la marcha pero en el sillón dental es un paciente normal.
- Discapacidad mental: son pacientes con una elevada predisposición a enfermedades de cavidad oral pues su propio déficit causa alteraciones en sus sistemas reguladores que controlan la función oral y esto está aunado a que siempre están bajo tratamiento farmacológico. ⁽¹⁾

Entre el 7% y 10% de la población mundial, presenta algún tipo de discapacidad importante; entre ellos el 80% vive en países en vías de desarrollo: 53, 000,000 pertenecen a América Latina y El Caribe, un tercio de esta cifra son menores de quince años. ⁽¹⁾ En El Salvador según el artículo publicado el 5 de abril de 2009 en la revista electrónica paginaelsalvador.com que es la variante electrónica de uno de los principales medios escritos del país, se manejan cifras de Un 13% de población con discapacidad en relación a la población total. ⁽⁷⁾ En el mismo sentido las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud coinciden en sus estadísticas que, el 10% de la población mundial presenta algún tipo de discapacidad de distintos tipos y gravedades, de la cual tres cuartas partes no reciben atención odontológica. ⁽⁶⁾

De igual manera en el curso de odontología para pacientes especiales se hace énfasis que dar atención a esta población no es buena voluntad, si no que un derecho, ya que todo niño y adolescente tiene derecho de recibir salud; por ende, el permanecer pasivos ante una realidad palpable de la que a veces se prefiere no hablar, como la discapacidad motriz y enfermedades del desarrollo constituye en claro ejemplo de discriminación ⁽¹⁾ y esto es lo que sufren los pacientes con cuando buscan atención odontológica y son rechazados a

veces maltratados y cuando se les atiende el tratamiento realizado muchas veces no es el adecuado. Ravaglia (3) reafirma que estos pacientes especiales, son verdaderos pacientes problema, y son rechazados de la mayoría de los servicios y consultorios donde concurren con la esperanza de recibir atención a sus necesidades buco-dentales, incluso de algunos que estas clínicas dicen atender pacientes discapacitados.

Se estima que cuando un paciente ve mermada su capacidad para poder realizar tareas básicas como serían: alimentarse, vestirse, comunicarse, etc., la higiene oral se convierte en una tarea difícil y relegada a un segundo plano. (8) Por lo que habitualmente se puede observar en estos pacientes una deficiente higiene bucodentaria con elevado índice de placa o gingivitis, y hasta presencia de cálculo en edades muy precoces.(9) Dentro de la gran variedad de patologías bucodentarias que existen la enfermedad gingival es el problema más importante a nivel estomatológico. Pues existe una prevalencia universal de la enfermedad periodontal y de pobre higiene bucal. (12)

Para evitar enfermedades dentales en la mayoría de los niños con discapacidad es esencial establecer contacto en forma precoz. Muchas entidades podrían derivar antes al niño para su atención odontológica si tuviesen conocimiento de las consecuencias sobre la salud oral de diversos tratamientos y medicamentos. (10) La atención médico-odontológica a pacientes especiales con enfoque familiar y enfoque de riesgo, tiene como punto de partida el diagnóstico de salud familiar y el plan de acción y ejecución, que constituyen los elementos esenciales para ejecutar las acciones de promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación. (11)

La prevención y la reeducación en técnicas de higiene oral es sin duda la solución a todos los problemas, más sin embargo se debe pasar un largo camino que debe ser recorrido en conjunto; paciente, odontólogo y cuidador. (12) La cooperación de la familia puede volverse fundamental en la higiene del paciente especial, la colaboración e instrucción de la persona que lo cuida puede hacer la diferencia en su estado de salud bucal, según un estudio realizado en el Instituto especializado PROFESA de San Juan Pastor, Colombia en el año 2009 se obtuvieron las siguientes conclusiones; una de ellas es que la dinámica familiar interna de las personas con discapacidad intelectual leve es, en mayor proporción, funcional, y su higiene bucal es regular. Otra de las conclusiones expresa que, Es relevante tener en cuenta que este grupo de población demanda estrategias de atención en función de riesgos detectados, tanto en el vínculo familiar, como en la cavidad oral. (13) En Chimbole, Costa de Perú, la Universidad Católica de Los Ángeles realizó en el 2011 un estudio sobre “El nivel de conocimiento de los padres o tutores en Salud Bucal” las conclusiones de este no fueron muy satisfactorias pues las estadísticas arrojaron que en cuanto a Salud Bucal un 34.6% tiene un conocimiento regular, 64.5% tiene conocimiento malo y el 0.0% tiene buen

conocimiento; mientras que en medidas preventivas el 90.4% fue regular y el 9.6% fue bueno, por lo que las medidas de Educación y Promoción de la Salud Oral deben ser aumentadas.⁽¹⁴⁾

Un estudio similar se realizó en la Universidad Mayor de San Marcos en Perú en el año 2006 en el que se evaluó la Relación entre el nivel de conocimiento de los padres sobre Higiene Oral y el estado de salud oral de los niños y niñas discapacitados. El estudio se realizó tomando a 90 padres de familia y a sus respectivos hijos, los resultados fueron un tanto contradictorios pues aunque el 68.9% de los padres tenía un conocimiento regular sobre salud bucal el índice de Placa Dentobacteriana encontrado en los pacientes fue de 88.9%, estableciéndose una relación estadística significativa; nivel de conocimiento de padres con un $p < 0,05$ y una correlación inversa $p = 0,58$, con un $p < 0,05$ es decir nivel de conocimiento regular, índice de Placa Dentobacteriana alto en los niños.⁽¹⁵⁾

Otro estudio realizado en el Instituto de Educación Especial El Zulia de Maracaibo, Venezuela en el año 2007 denominado "Participación de Padres en el cuidado de la salud bucal de niños y adolescentes con síndrome de Down" muestra resultados para muchos esperados; se encontró que respecto al acumulo de placa de 3 grupos que conformaban la investigación los tres presentaban acumulo de Placa Dentobacteriana el grupo más elevado era el de niños entre las edades de 11 a 14 años de edad con un 22.8% de placa bacteriana utilizando el índice de Silness y Loe más el índice de inflamación gingival de 3.72 utilizando el mismo índice, además realizaron reuniones periódicas con los padres y aun cuando el 100% de ellos manifestaron reconocer la importancia de la higiene oral en los niños aceptaron que desconocían mucha información al respecto.⁽¹⁶⁾

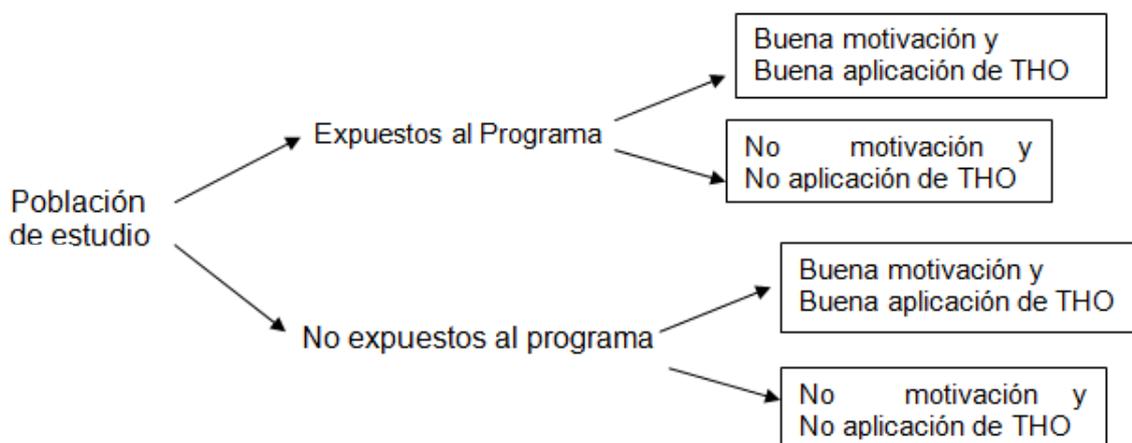
De toda esta fundamentación teórica se concluye que, el manejo del paciente discapacitado hoy en día está cambiando y la participación de los padres o cuidadores en la realización de las tareas de higiene diaria debe ser del interés de todo el gremio odontológico, para mejorar así su calidad de vida.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El diseño será de cohortes longitudinal prospectivo pues se evaluará a dos grupos simultáneamente; teniendo como grupo de estudio la muestra obtenida aleatoriamente de los pacientes del PAIPAD y a sus cuidadores y como grupo control a una muestra de los pacientes del hogar Padre Vito Guarato. Esto permitirá evaluar la parte del Programa de Atención Integral a pacientes con alteraciones del desarrollo referente a técnicas de higiene oral, se evaluará a los cuidadores y las técnicas de higiene implementadas en casa, a través de un cuestionario; el nivel de placa dentobacteriana utilizando el índice de O'Leary simplificado esto con una guía de observación.

5.2 DISEÑO DEL ESTUDIO:



5.3 TIEMPO Y LUGAR:

De Octubre a noviembre de 2013, en la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador. Y en el del hogar Padre Vito Guarato.

5.4 VARIABLES E INDICADORES

Operacionalización de variables en indicadores

Variable	Definición Conceptual	Dimensión Variable	Indicador
El operador brinda la motivación.	Motivar se comprende como la entrega de información y la exhortación a la implementación de la adecuada higiene bucal.	Interacción entre el odontólogo paciente y cuidador.	Instrucción personalizada sobre técnicas de higiene oral.
Transferencia de Técnicas de Higiene Bucal.	Instrucción práctica sobre la técnica específica de higiene oral.	Aplicación de la técnica de higiene oral por parte del odontólogo.	Demostración de los pasos de la técnica de higiene bucal en el paciente y al cuidador.
Implementación de la Técnica de Higiene Bucal	Realización de medidas de higiene bucal.	Conceptos manifestados por el cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica. - Aditamentos. - Frecuencia de aplicación diaria.
Índice de Placa	Índice epidemiológico que se utiliza que se utiliza para cuantificar la placa Dentobacteriana.	<p>Índice de placa O'Leary.</p> $\frac{\# \text{superficies teñidas}}{100} \times 24$	<p>Pigmentación con fuscina de superficies dentales.</p> <p>Riesgo bajo 0% - 20%</p> <p>Riesgo moderado 21% - 50%</p> <p>Riesgo alto 51% ó más</p>

5.5 POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población para esta investigación serán los pacientes activos del Programa Preventivo PAIPAD, sus padres o cuidadores más la población del hogar Padre Vito Guarato.

Como muestra se ha determinado la cantidad de 15 pacientes incluyendo a sus padres o cuidadores, esta cantidad es recomendable cuando los estudios son longitudinales como en este caso, ya que se dará seguimiento durante 15 días. La forma de selección será aleatoria. Quedando como unidades de análisis 30 sujetos (15 pacientes y 15 padres o cuidadores). El grupo control serán también 15 pacientes del hogar con sus respectivos cuidadores. En total sumarán 60 unidades de análisis.

El criterio de exclusión a tomar en cuenta es:

- Pacientes o cuidadores que se nieguen a participar.

5.6 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:

La recolección de los datos se realizará por medio de tres instrumentos, en dos momentos o intervenciones.

Durante la primera intervención se pasará la guía de observación que comprende diez interrogantes para evaluar la manera en la que el operador imparte la técnica de higiene bucal al cuidador y al paciente; así como la primera revisión del índice O`Leary simplificado supervisado por el tutor. (ver anexo No 2 y 3)

La segunda intervención será quince días después, se aplicará el segundo control de placa dentobacteriana y la cédula de entrevista a los padres o cuidadores, ésta comprende siete interrogantes que permitirá evaluar la implementación o no de higiene bucal, la frecuencia de esta en casa y los aditamentos utilizados para la higiene.

Al grupo control no recibirá la motivación ni la educación personalizada de la misma forma que el grupo en estudio, los dos controles de placa bacteriana uno cada 15 días y la cédula de entrevista a los cuidadores. (ver consideraciones bioéticas)

Después de la recolección de los datos se procesarán los datos primero se ingresarán en un programa estadístico, para generar la base de datos y luego se aplicará la prueba T de student, que es una herramienta utilizada en los análisis denominados contraste de hipótesis simples, en una población normalmente distribuida pero que es de un tamaño muy pequeño. Para llevar

a cabo el análisis se utiliza una tabla de valores t, en lugar de una de valor z; la distribución con la t de student depende del número de grados de libertad.

En esta investigación los datos se ubicarán de la siguiente manera:

En las Columnas: Efectividad de la motivación; y en las filas: Índice de placa dentobacteriana.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS.

Recursos Humanos.

Un docente director de la investigación una asesor metodológico, y una Investigadora, Así como los odontólogos que tendrán a cargo aplicar la educación y motivación a los pacientes.

Recursos materiales y financieros.		
Materiales.	Precios unitarios.	Totales.
15 espejos	\$ 2.25	\$33.75
1 caja de gasa estéril	\$ 10.00	\$10.00
1 caja de bolsas para esterilizar de 3 ½" x 10".	\$14.00	\$14.00
3 caja de guantes de ciento cincuenta unidades de nitrilo, talla "s"	\$36.00	\$36.00
1 caja de mascarilla quirúrgica descartable con tres capas y elástico, 50 unidades.	\$8.00	\$8.00
1 bolsa de gorros descartables de enfermera	\$9.00	\$9.00
1 tarro de wipex Lysol para desinfectar	\$6.00	\$6.00
1 ciento de vasos descartables	\$0.70	\$0.70
1 ciento de eyectores	\$10.00	\$10.00
1 Rollo de Papel adhesivo como barrera protectora.	\$4.00	\$4.00
1 caja de campos	\$ 22.00	\$22.00
1 ciento de aplicador de madera con algodón	\$ 9.00	\$9.00
Fucsina	\$400.00	\$400.00
Papelería	\$ 200.00	\$ 200.00
Empastado y anillado	\$ 30.00	\$ 30.00
Suma total de gastos		\$ 914.00

La investigación será financiada por el investigador.

6. LIMITACIONES:

La investigación se realizará con los pacientes del programa PAIPAD lo que limita a investigar solo de las alteraciones que estén presentes en los pacientes de este grupo.

La investigación se realizará para la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador por lo que los resultados serán solo para beneficio de sus pacientes.

7. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS:

Esta investigación respetará ante todo la integridad del paciente sin divulgar la información recabada.

Se respetará la autonomía del paciente, pues este estará en la libertad de participar o no.

No tendrá ningún riesgo para los que participen en ella.

A los pacientes del grupo control se les brindará orientación para la práctica de técnicas de higiene oral, posterior al paso de instrumentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Curso de Atención Odontología de pacientes con necesidades especiales. Chile 17 de mayo al 7 de septiembre de 2011. Universidad Santa María; 2011.
2. OMS [homepage en Internet]. Ginebra, Suiza, actualizado periódicamente, consultado 08 2012; disponible en <http://www.who.int/es/>
3. Ravaglia C (2000) Aspectos Psicoclinicos para la atención odontológica de los pacientes con discapacidad. Disponible en <http://www.webodontologica.com/odontartiasprav.asp> (Fc.: Oct del 2002)
4. Bonet M.T. Espacios de recreación familiar en centros comerciales para niños con capacidades especiales físicas, 1ª Edic. Universidad José Matias Delgado, Mayo 2009.
5. Quintero M.A, Salazar V.C.R, Padron M, Salazar J.L, Buitragos S. Actitud del Odontologo hacia los niños y adolescentes discapacitados. Acta Odontol Venez 2005; junio del 2004; Vol. 43 (3).
6. Morales Chávez Marian Carolina, Abordaje conductual del paciente autista en la consulta estomatopediátrica [Tesis]. Caracas, Venezuela; Universidad Santa María 09/05/06.
7. Carolus. A. Distintas Capacidades Personas Excepcionales [sede Web] [página de Inicio] San Salvador: Blogspot; 2009 [abril de 2009, consultado marzo de 2013] <http://distintacapacidad.blogspot.com/2009/04/poblacion-con-discapacidad-en-el.html>
8. Dra. García Cristina, Dra. Palma Camila. El paciente con necesidades especiales, integración de la salud oral en el bienestar general del paciente con necesidades especiales[Tesis], Colombia, Universidad Javeriana; 05/09/10
9. Caballero, Hernández, Yanetsy. Salud bucal en niños discapacitados, Revista electrónica de portales médicos.com, [Revista electrónica] [serie de internet]. 28/04/09 [citado en junio de 2012]; aprox.3pag: Disponible en <http://www.portalesmedicos.com/>
10. MEP Martinez. A, MO Matamaros. M. Manejo estomatológico del paciente con parálisis cerebral. En: Libro de Ponencias: II Congreso Nacional y II Internacional de Estomatología Integral. Edición Especial No. 7-2003: Facultad de Odontología Benemerita Universidad Autonoma de Puebla; noviembre de 2002.

11. Tan Castañeda Nuvia, Rodríguez Calzadilla Amado. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2001 Dic [citado 2013 Mayo 06] ; 38(3): 181-191. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000300006&lng=es
12. Martínez-Menchaca Héctor, Rivera-Silva Gerardo. Salud bucodental en personas con necesidad de cuidados especiales de salud en México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2013 Mayo 06] ; 53(3): 203-204. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000300001&lng=es.
13. Córdoba Urbano Doris Lucia, Portilla Cabrera María Isabel, Arteaga Caiza Guillermo. DINÁMICA FAMILIAR INTERNA E HIGIENE BUCAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE. Hacia promoci. Salud [serial on the Internet]. 2010 Dec [cited 2013 May 06] ; 15(2): 81-93. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772010000200006&lng=en
14. Br. García Zarate Marcial Tulio. " Nivel de conocimiento sobre Salud Bucal en tutores y padres de familia en niños de educación inicial pública en pueblos jóvenes, en el distrito Chimbole, provincia del Santa, Departamento de ANCASH en el año 2011 [Tesis], Universidad Católica de Los Ángeles, Chimbole 2011.
15. Dra. Cabellos Doris. Relación entre conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan de Perú [Tesis], Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2006.
16. Navas P Rita, Mogollón Joalis. Participación de los padres en el cuidado de la salud bucal de los niños y adolescentes con síndrome de Down. Ciencia Odontológica [periódico na Internet]. 2007 Dez [citado 2013 Jun 28] ; 4(2): 130-140. Disponível em: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1317-82452007000200004&lng=pt.

ANEXOS

Anexo N° 1

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A PACIENTES
CON PROBLEMAS DEL DESARROLLO EN LO REFERENTE A TECNICAS
DE HIGIENE ORAL.

CUESTIONARIO

Indicaciones:

1. Pedir colaboración a la persona que va a contestar que responda de forma fidedigna y veraz.
2. Leer las preguntas despacio y de manera que sea comprensible.
3. Marcar la opción que el cuidador indique como la respuesta a la pregunta subrayándola.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



EFFECTIVIDAD DE LA EDUCACIÓN SOBRE TÉCNICAS DE HIGIENE ORAL
A LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON DEFICIT MOTRÍZ EN LA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

GUIA DE OBSERVACIÓN

Indicaciones:

4. Aplicar fucsina en los pacientes.
5. Contar el número de superficies teñidas, marcarlo en la tabla y sacar el porcentaje del índice.
6. Identificar las piezas que se deben observar para marcar en la tabla y verificar que estén presentes. En caso de no estar presentes se tomará la pieza más cercana.

Código No _____

FECHA: _____

HORA: _____

PRIMERA REVISION _____

1. Índice de O`Leary simplificado

1-6	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			2-6	Porcentaje bajo 0% - 20%
1-1	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			3-1	Porcentaje moderado 21% - 50%
3-6	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			4-6	Porcentaje alto 51% ó más

____/ 24 x 100 =

SEGUNDO REVISIÓN _____

2. Índice de O`Leary simplificado

1-6	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			2-6	Porcentaje bajo 0% - 20%
1-1	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			3-1	Porcentaje moderado 21% - 50%
3-6	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			4-6	Porcentaje alto 51% ó más

____/ 24 x 100

Anexo N° 3

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A PACIENTES
CON PROBLEMAS DEL DESARROLLO EN LO REFERENTE A TECNICAS
DE HIGIENE ORAL.

GUIA DE OBSERVACIÓN

Indicaciones:

1. Observar si el Odontólogo operador brinda la técnica de higiene oral.
2. Marcar la opción que más se apege a la realidad.



Anexo N° 4

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

EFFECTIVIDAD DE LA EDUCACIÓN SOBRE TÉCNICAS DE HIGIENE ORAL A LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON DEFICIT MOTRÍZ EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este consentimiento informado es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo:

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es saber si realizo técnicas de higiene oral adecuadamente a mi hijo (a).

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante
Fecha

Firma del Participante