



REVISIÓN DE LITERATURA

ENFERMEDAD GINGIVAL Y PERIODONTAL EN NIÑOS CON CAPACIDADES DIFERENTES

GINGIVAL AND PERIODONTAL DISEASE IN CHILDREN WITH DISABILITIES

Carlos Martínez Florencia¹, María Eugenia Benítez Hoyos², Luis Alberto Chauca Bajaña³,
Crysthel Ximena Lima Veintimilla⁴

¹ Maestría en Medicina Forense, Docente Universidad de Guayaquil, carlos.martinezf@ug.edu.ec

² Magister en Salud Pública. Ministerio de Salud Pública, Ecuador. carcemil@hotmail.com

³ Especialista en Periodoncia e Implantología oral, Universidad Andrés Bello de Chile, Docente Universidad de Guayaquil, Ecuador, luis.chaucab@ug.edu.ec

⁴ Odontóloga general, Universidad de Guayaquil. Clínica Particular ximena_965@hotmail.com

Correspondencia:

luis.chaucab@ug.edu.ec

Recibido: 15/12/2021

Aceptado: 14/01/2022

Publicado: 21/01/2022

RESUMEN

A nivel mundial la mayoría de los pacientes con capacidades diferentes no reciben tratamientos odontológicos acorde a sus necesidades. El Odontólogo necesita más familiarización, profundización y capacitación sobre este tipo de paciente, para brindar una atención con calidad. La persona médicamente comprometida presenta una patología crónica y, en consecuencia, recibe, además, tratamientos que requieren de cuidados especiales al realizar intervenciones, incluso, mínimamente quirúrgicas, como es el caso del tratamiento odontológico. La Salud Bucal es un eslabón importante en el ámbito del bienestar de las personas, porque repercute en la calidad de vida de la población en general. Infecciones, intoxicaciones con alcohol y drogas durante el embarazo, radiaciones, desnutrición etc., predominan en un 90%. Los perinatales como traumas, falta de oxígeno durante el nacimiento, o prematura extrema, comprenden un 5 %, y posnatales como infecciones (meningitis y encefalitis), intoxicación, trauma y tumoraciones, comprenden el otro 5 %. El objetivo principal de esta investigación es, obtener datos relevantes de enfermedad gingival y periodontal en pacientes con capacidades diferentes y brindar recomendaciones para una mayor atención.

Palabras claves: Pacientes con capacidades diferentes, higiene, salud bucal, gingivitis, periodontitis

ABSTRACT

Worldwide, most patients with disabilities do not receive dental treatment according to their needs. The dentist need more familiarization and training deepening this type of patient, to provide quality care. Medically compromised person has a chronic disease and consequently also receives, treatments that require special care when performing interventions even minimally surgical, such as dental treatment. Oral health is an important area of welfare of people link, because affects the quality of life of the general population. Infections, poisoning with alcohol and drugs during pregnancy, radiation, malnutrition, etc., dominate 90%. Perinatal and traumas, lack of oxygen during birth, or extreme prematurity, comprising 5% and postnatal like infections (meningitis and encephalitis), poisoning, trauma and tumors, comprising the remaining 5%. The main objective of this research is to obtain relevant data from gingival and periodontal disease in patients with different capacities and provide recommendations for further attention.

Key words: Patients with different capacities, hygiene, oral health, gingivitis, periodontitis

INTRODUCCIÓN

El paciente discapacitado o especial es aquel niño, joven o adulto que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, que puede encontrarse médicamente comprometido, o con algún tipo de discapacidad física, psíquica, sensorial o problemas del comportamiento.

En estomatología el paciente especial es aquella persona que para su atención exige maniobras, conceptos, equipamiento y personas de ayuda especiales, o sea, escapan a los programas

y rutinas estándar que se llevan a cabo en el mantenimiento de la salud bucodental de la población¹.

La persona médicamente comprometida presenta una patología crónica (que se desarrolla lentamente y persiste durante un largo período de tiempo), y en consecuencia, recibe además, tratamientos de larga duración. Requieren de cuidados especiales al realizar intervenciones, incluso, mínimamente quirúrgicas, como es el caso del tratamiento odontológico².



La Salud Bucal es un eslabón importante en el ámbito del bienestar bio psico social de los individuos, ya que las evidencias muestran una estrecha relación entre el estado de salud bucal con la salud integral, que repercute en la calidad de vida de la población³.

Diferentes factores prenatales, perinatales y posnatales pueden generar discapacidad. Los factores prenatales como afecciones hereditarias dominantes y recesivas, aberraciones cromosómicas, Infecciones (rubiola y toxoplasmosis), intoxicaciones con alcohol y drogas durante el embarazo, radiaciones, desnutrición etc, predominan en un 90%.

Los perinatales como traumas, falta de oxígeno durante el nacimiento, o prematuridad extrema, comprenden un 5 %, y posnatales como infecciones (meningitis y encefalitis), intoxicación, trauma y tumores, comprenden el otro 5 %⁴. Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud coinciden en que las estadísticas demuestran que el 10 % de la población mundial es portadora de discapacidades de distintos tipos y gravedades. A nivel mundial la mayoría de los discapacitados no reciben tratamientos estomatológicos acorde a sus necesidades.

El estomatólogo necesita más familiarización, profundización y capacitación sobre este tipo de paciente, para brindar una atención estomatológica con calidad⁵.

La mayoría pueden ser atendidos en consulta normal como el resto de los pacientes, con buena preparación del estomatólogo en cuanto a conocimientos sobre la patología discapacitante, las afecciones bucales que presentan, manejo psicológico con apreciación del entorno, familia y comunidad en la que se desarrollan, correcta relación con el equipo multidisciplinario de salud, comprensión, amor y alto sentido de humanismo. La promoción y prevención constituyen la herramienta fundamental en el tratamiento de estos pacientes⁶.

METODOLOGIA

Revisión bibliográfica de tipo documental, descriptivo, analítico y retrospectivo en su búsqueda.

Se seleccionaron estudios observacionales, descriptivos, transversales, longitudinales, ensayos clínicos aleatorizados, realizados en América latina, Europa, África, siendo más utilizados los elaborados entre los años 2014 y 2021, se analizaron 50 artículos.

La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos PubMed, Scielo, Science Direct, Cochrane Library, Web of Science, utilizando las siguientes palabras claves (Pacientes con discapacidades diferentes, higiene, salud bucal, gingivitis, periodontitis) en idiomas inglés y español.

REVISION DE LITERATURA

HIGIENE BUCAL

La higiene bucal en conjunto con una dieta saludable y visitas periódicas al dentista nos ayudan a prevenir enfermedades como la caries y problemas de las encías que pueden llevar a nuestros hijos a tener dolor, inflamación y sangrado en sus dientes y encías⁷.

Los buenos hábitos de salud bucal comienzan a temprana edad. Para asegurar una boca saludable por muchos años, es una buena idea planear la primera visita de su niño(a) al dentista seis meses después de que aparezca su primer diente. Con la planeación apropiada y un poco de paciencia, puede ser una experiencia positiva para los padres y niño⁸.

- *Visitas al Odontólogo*

La salud oral comienza en la época prenatal, cuando la mamá debe evitar sustancias y situaciones que pueden causar anomalías craneofaciales y malformaciones dentales, como por ejemplo, contacto con químicos, toma de radiografías y consumo de cigarrillo, licor y drogas psicoestimulantes⁹.

La edad recomendada para la primera visita al Odontopediatra es al año de edad. En esta visita los padres recibirán información adecuada acerca de higiene bucal; manejo de hábitos bucales, succión digital y uso de biberón después del año de edad; recomendaciones acerca de dieta no cariogénica; proceso de erupción de los dientes y tratamiento de maloclusiones⁶.

- *Enfermedad de la encía*

Las enfermedades gingivales son una amplia familia de patologías diferentes y complejas, que se encuentran confinadas a la encía y son el resultado de diferentes etiologías. La característica común a todas ellas es que se localizan exclusivamente sobre la encía; no afectan de ningún modo a la inserción ni al resto del periodonto. De ahí que se engloben en un grupo independiente al de las periodontitis¹⁰.

- *Características clínicas de las enfermedades gingivales*

Existen ciertas características que coinciden en todos los casos de enfermedad gingival asociada a placa y que ayudan al clínico en la identificación del problema, pero siempre teniendo presente que sólo vamos a encontrar signos o síntomas sobre la encía, nunca sobre el resto del periodonto, ya que, de ser así, la alteración se escaparía del apartado de enfermedades gingivales¹¹. Todas ellas se caracterizan por:

- Presentar placa bacteriana que inicia o exagera la severidad de la lesión.
- Ser reversibles si se eliminan los factores causales.
- Por tener un posible papel como precursor en la pérdida de inserción alrededor de los dientes.



Clínicamente se aprecia una encía inflamada, con un contorno gingival alargado debido a la existencia de edema o fibrosis, una coloración roja o azulada, sangrado al sondaje y un incremento del sangrado gingival. Todos estos signos están asociados a periodontos sin pérdidas de inserción o estables aunque en periodontos reducidos.

Los signos clásicos de inflamación pueden apreciarse en la inspección visual, lo que facilita el diagnóstico con la simple exploración del paciente. Para su detección es necesaria la sonda periodontal, que ayuda a estimular el sangrado y a detectar el componente inflamatorio de las bolsas. Además, con la sonda descartaremos la existencia de pérdida de inserción, lo cual nos confirma el diagnóstico de alteración gingival¹².

▪ *La higiene bucodental en la niñez*

Antes de que erupcionen los primeros dientes, se debe empezar con la estimulación oral para acostumbrar al bebé a la manipulación de la boca e instaurar un hábito precoz. La limpieza debe hacerse una vez al día. Para esta etapa se pueden utilizar dedales de silicona o una gasa humedecida en agua. Después de que erupcionen los primeros dientes, se debe comenzar con la limpieza bucodental 2 veces al día. Para esta etapa se pueden utilizar dedales de silicona o cepillos dentales infantiles. Después de que erupcionen los primeros molares primarios, alrededor de los 18 meses, se debe optar por el uso del cepillo dental¹⁶.

El cepillo debe presentar un mango recto y largo, una empuñadura gruesa, cerdas suaves con las puntas redondeadas y un tamaño compatible a la boca del niño. La técnica debe ser sencilla para los padres. Se recomienda limpiar las superficies dentales laterales (linguales y vestibulares) con movimientos circulares y las superficies masticatorias con movimientos anteroposteriores.

La posición del adulto debe permitir una buena visibilidad de la boca, manteniendo la cabeza del niño en una posición estable¹⁶.

▪ *Pasta dental*

No se recomienda el uso de pasta dental fluorada en niños que no hayan aprendido a escupir (generalmente, menores de 2 años de edad) por el riesgo de una ingestión excesiva de flúor y la consecuente aparición de fluorosis dental en la dentición permanente. Sólo en niños con alto riesgo de caries el odontopediatra valorará la necesidad del uso de pasta dental fluorada a esta edad¹⁷.

En los niños de 2-3 años de edad que hayan adquirido la coordinación motora suficiente para escupir, se puede utilizar una pasta dental con una concentración de 500 ppm de flúor, en cantidad equivalente a un guisante. En los niños mayores de 6-7 años se puede utilizar una pasta dental con mayor concentración de flúor, ya que los riesgos de fluorosis dental por ingestión sistémica de flúor desaparecen a partir de los 7 años¹⁷.

▪ *Hilo dental*

El hilo dental es indispensable para una buena limpieza bucal cuando ya exista contacto entre los dientes, ya que el cepillo no puede acceder a las zonas interproximales. Incluso en niños con buenos hábitos de higiene bucal se observan caries interproximales debido a la permanencia de alimentos entre los dientes. Existen en el mercado diferentes utensilios para ayudar a los padres en esta tarea¹⁷.

▪ *Uso de flúor*

El flúor ha demostrado ser una herramienta segura y eficaz en la reducción de caries y en la reversión de desmineralizaciones del esmalte dentario⁴⁷. Según el nivel de riesgo, la edad y la concentración de flúor en el agua de consumo diario, el pediatra decidirá las dosis de flúor sistémico, según las últimas actualizaciones⁴⁸. Asimismo, las decisiones respecto a la administración de flúor tópico deben estar basadas en el riesgo individual de caries; el pediatra y el odontopediatra deben analizar y decidir el tipo de administración de flúor y la frecuencia de su aplicación¹⁸.

CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad infecciosa, transmisible dando como resultado la destrucción progresiva de la estructura del diente por bacterias patógenas generadoras de ácido, en presencia de la azúcar encontrada en placa o biofilm dental. La infección da lugar a la pérdida mineral del diente que comienza en su superficie más externa y puede progresar de forma centrípeta a través de la dentina hacia la pulpa dental, comprometiendo en última instancia la vitalidad del diente.

Para que se desarrolle la caries se necesita el factor tiempo, por lo que cuanto más edad tenga un niño, más probabilidades tendrán de presentar caries¹³. No obstante, en la dentición temporal o de leche, puede desarrollarse un tipo de caries particularmente extensa, que afecta prácticamente a todos los incisivos (o paletos) y que suele presentarse en niños alimentados durante largo tiempo con biberón o bien por el uso de chupetes mojados en miel o azúcar. Inicialmente, la lesión se manifiesta como un cambio de color (oscuro o blanquecino) en el esmalte del diente. Cuando la lesión progresa, aparece pérdida de sustancia y socavación del esmalte, lo cual da un aspecto de mancha grisácea.

Finalmente, el esmalte se rompe y la lesión se hace fácilmente detectable¹⁴. Cuando la caries afecta sólo al esmalte, no produce dolor. Si la lesión avanza y llega al tejido interior del diente, es cuando aparece el dolor, que a veces es intenso y se desencadena al tomar bebidas frías o cítricas. A medida que la infección progresa, se produce el paso a los tejidos blandos que rodean el diente, apareciendo el flemón que buscará salida hacia el exterior a través de la encía¹⁵.

LA NIÑEZ CON DISCAPACIDAD

Aproximadamente el 80% de los 200 millones de niños del



mundo que, según las estimaciones, sufren discapacidades viven en países en desarrollo; muy pocos de entre ellos reciben una atención sanitaria y una educación adecuadas, y menos de un 2% reciben algún tipo de servicios especiales. Esta evaluación internacional está basada en una serie de informes que abarcan los 5 continentes¹⁹.

Para comprender estas realidades, basta con visitar un pueblo cualquiera de Asia, África, América Latina o el Medio Oriente, o cualquiera de los barrios míseros que circundan las ciudades en esas partes del mundo. En ellos puede uno comprobar que por todas las carreteras y caminos, en cada aglomeración de viviendas, hay niños cuyos impedimentos, la falta de acceso a los conocimientos y técnicas existentes, constituyen un veto a sus posibilidades de desarrollo personal¹⁹.

Los valores exactos de estimaciones pueden ser controvertidos, pero la necesidad está ahí, y es real. Es una necesidad agravada por la pobreza y el subdesarrollo, pero también por guerras que son causa de devastación y que entrañan un considerable coste social, económico y emocional para las personas discapacitadas, para sus familias y para la comunidad que las rodea. La mejora de esta situación requerirá tiempo, pero también, ante todo, un compromiso y una voluntad política de introducir cambios, transformando las actitudes y el comportamiento de los seres humanos, integrando conceptos nuevos en los programas de servicios destinados a las personas, y modificando las estrategias de desarrollo²⁰.

Esa mejor utilización de los recursos humanos existentes es, de hecho, la única esperanza de ayuda para los millones de niños que sufren ya o están en peligro de verse afectados por discapacidades²⁰.

Consciente de la magnitud de esas necesidades y de la limitación de recursos, teniendo presentes los principios de normalización, integración y participación preconizados por el Programa Mundial de Acción sobre los Discapacitados, los participantes en la Consulta sobre Educación Especial de la UNESCO reconocieron en la educación integrada y en la rehabilitación de base comunitaria dos puntos de vista complementarios para conseguir una educación y formación reales y económicamente eficaces de las personas discapacitadas¹⁹.

Ambos enfoques tienen por objeto beneficiar al mayor número posible de personas discapacitadas y a sus familias, y constituyen dos componentes esenciales de una estrategia mundial en todos los órdenes. La discrepancia entre necesidades y prestaciones a nivel mundial ha suscitado un reexamen de las estrategias en materia educativa. Gran número de países han respaldado el marco de actuación de la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos, y están ya adoptando medidas para aplicar sus recomendaciones y para, en la medida de lo posible, mejorar los servicios destinados a

los niños con necesidades de educación especiales (niños discapacitados) en el contexto de la educación ordinaria²¹.

DISCUSIÓN

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define a la discapacidad dental como la condición en la que la caries dental, la enfermedad periodontal, los traumatismos dentoalveolares y otras condiciones bucales sin tratamiento adecuado pueden limitar considerablemente el desarrollo del niño y su participación en las actividades cotidianas²².

Existe un aumento de discapacitados a nivel mundial, sobre todo en las edades de 6 y 16 años, más frecuente en niños que en niñas. (Salaza, 2008) Este incremento puede deberse como consecuencia de accidentes o de actos violentos. Aunque en la actualidad existe una esperanza de vida más larga gracias a los progresos de la medicina. También parece que tiende a aumentar el número de discapacitados entre las personas de edad¹.

El desconocimiento de los problemas bucodentales que pueden presentar, asociados a sus propias reacciones emocionales y las de sus familiares, las patologías de base que los afecta, así como las propias reacciones del profesional, crean con toda seguridad la mayor barrera para acceder a las posibilidades de su atención¹.

La salud bucal de las personas que presentan algún tipo de discapacidad se caracteriza por presentar un bajo nivel de higiene debido a su limitación física y/o mental, reteniendo por un tiempo prolongado partículas de comida en la boca, lo que provoca inflamación gingival, caries y enfermedad periodontal. Dichos pacientes requieren de cuidados especiales para realizar su higiene de acuerdo con su edad, cooperación, nivel de inhabilidad y compromiso sistémico, de lo contrario pueden desarrollar fácilmente enfermedades bucodentales y ocasionar dolor, disfunción, incomodidad y la necesidad de tratamientos largos, costosos y con pronósticos dudosos²³.

Otros estudios coinciden en que en el tratamiento estomatológico al paciente con retraso mental, la prevención es la consideración más importante, que debe iniciarse desde edades tempranas. La atención debe ser sistemática y periódica, con aplicación de técnicas de manejo adecuado, imprescindible para lograr resultados satisfactorios. En la educación y desarrollo de estos niños el papel decisivo corresponde a los padres y familia, auxiliados por los educadores y el equipo de salud²⁴.

CONCLUSIONES

Los niños con capacidades especiales deben ser tratados con más cuidado y con más atención que un niño sano.

Los problemas periodontales son muy frecuentes en niños que en niñas que presentan alguna discapacidad.



La promoción de salud en la Escuela es muy baja ya que los maestros o padres no están capacitados para alguna emergencia dental que se presente.

De acuerdo a la discapacidad que presente el niño el protocolo de manejo es distinto. La higiene bucal en estos niños es muy fundamental ya que por el consumo de distintos medicamentos o por falta de interés de los padres son muy propensos a adquirir algún problema patológico.

REFERENCIAS BIBLOGRAFICAS

1. Castañeda N, R. (2012). Pacientes especiales y la práctica estomatológica. POFSA TO - medigraphic.com, 38(3).
2. Guallasamín Taxiguano, R., & Villacís Altamirano, I. (2021). Estado de salud bucal en personas con discapacidad. Revista Odontologica Universidad Central del Ecuador. Obtenido de <https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/odontologia/index>
3. OMS | 10 datos sobre la discapacidad [Internet]. [citado 13 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/disability/es/>
4. López Jurado, S. (2020). Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes con discapacidad intelectual que asisten a la Fundación de FASINARM. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/14366>
5. García Flores, K., Suárez Zafra, D., & De la Huerta Flores, K. (2013). Panorámica de la atención estomatológica a pacientes discapacitados o especiales. Obtenido de <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/rt/printerFriendly/590/html>
6. Benítez Toledo, M., & Lopez, P. (2014). Enfermedad periodontal en pacientes adolescentes con síndrome de Down. Revista Odontológica Mexicana, 191-198.
7. Ortiz-Quiroga DM, Ariza Y, Pachajoa H. Evaluación de discapacidad en los defectos congénitos: una mirada desde la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Rev Cienc Salud. 2017;15(1):23-35. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/r/evsalud/a.5372>
8. Brovia, R. (2014). Salud bucal en niños con discapacidad. REVISTA DE SALUD DEL CASMU.
9. Giraldo Zuluaga, M., Martínez Delgado, C., & Cardona Gómez, N. (2017). Manejo de la salud bucal en discapacitados. CES ODONTOLOGIA. doi:<https://doi.org/10.21615/cesodon.30.2.3>
10. Asociación Latinoamericana para pacientes especiales ALOPE Chile. Reseña. Disponible en: <http://www.odontopediatria-v.cl/site/wp-content/uploads/2012/06/Rese%C3%B1a-ALOPE-Chile-actualizada-Enero-2015.pdf>
11. Pérez Bejarano M. Oral health in adolescents with disabilities from centro de educación especial San Miguel, Guarambaré, Paraguay. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2017 Julio; 29(1): p. 51-64.
12. Fernández Collazo E, Bravo Seijas B. Prevalencia y severidad de caries dental en niños de 0 a 12 años. Revista Tamé. 2016 Septiembre; 5(13): p. 21-29.
13. García Jau, R. A., Saucedo Veja, T. A., Gastelum García, V. G., Gastelum Robles, T. A., Villalobos Rodelo, J. J., & Gastelum García, A. (2019). Perfil epidemiológico de escolares en dos comunidades rurales de Culiacan Sinaloa. Rev Mex Med Forense, 4(suppl 2), 98-100. <https://doi.org/10.25009/revmedforense.v4i2sup.2708>
14. Machado Tan, T., Leiva Arango, E., & MSc. Labarcena, B. R. (2019). Características del esmalte y rol de la saliva como factores de riesgo a caries dental. Progaleno, 2(3), 224-235.
15. Siquero Vera, K. N. S., & Mattos Vela, M. A. (2018). Factores de riesgo asociados a caries de infancia temprana severa. Kiru, 15(3), 146-153. <https://doi.org/10.24265/kiru.2018.v15n3.07>
16. Morata, J., & Morata, L. (2019). Salud bucodental en los niños: ¿debemos mejorar su educación? Rev Pediatr Aten Primaria, 21, e173-e178.
17. Fresno, M. C., Jeldes, G., Estay, J., & Martin, J. (2019). Prevalencia, severidad de caries dental y necesidad de tratamiento restaurador en escolares de 6 a 12 Años de la Provincia de Santiago, Región Metropolitana. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral, 12(2), 81-86. <https://doi.org/10.4067/S0719-01072019000200081>
18. Duque de Estrada Riverón, J., Pérez Quiñonez, J. A., & Hidalgo Gato Fuentes, I. (2006). Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a considerar. Revista Cubana de Estomatología, 43(1).
19. Rueda MA. Isidro L. Oral health status of children with special needs from the MultiCareCenter # 4. HorizontSanit. Tabasco [Internet] 2014 Dic [cited 2017 Ene 18];13(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://prezi.com/2mti41x1x5yo/diagnostico-comunitario-en-la-salud/>
20. Leturia FJ, Díaz O, Sannino C, Martínez R. La atención sanitaria a las personas con discapacidad. Rev Esp Discap. [Internet]. 2014 Jun [citado 6 Feb 2017];2(1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <https://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/108/73>
21. Sueiro Sánchez I, Hernández Millán A, Díaz Sosa G, Padilla Gómez E, Díaz Sosa C, Hernández Millán Z. Estado de salud bucal en pacientes discapacitados del área de salud de Espartaco, municipio Palmira. Medisur [Internet]. 2016 Dic [citado 14 Mar 2018];14(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000600007&lng=es
22. Suárez Zafra, D., Cabrera Salas, A., & de la Torres



- Hernández, I. (2019). Necesidad de tratamiento estomatológico en niños de la Escuela Especial. Revista Cubana de Estomatología. Obtenido de <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1814/1692>
23. Hernández Millán, A., Sueiro Sánchez, I., & Manresa Peñalver, C. (2014). Determinación del estado de salud bucal en pacientes discapacitados. Finlay, 4. Obtenido de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/287>
24. Rosales C., D. (2013). Higiene bucal en personas en situación de discapacidad. Obtenido de <file:///D:/Odontolog%C3%ADa/Downloads/Guia%20Higiene%20Bucal%20para%20Personas%20en%20Situaci%C3%B3n%20de%20Discapacidad.pdf>