

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



UNIVERSIDAD DE
CIENCIAS MÉDICAS
"Dr. Raúl Dorticós Torrado"

**Título: Salud bucal de los pacientes que
acuden a la consulta de Atención Temprana.
Municipio Palmira.**

**Tesis para optar por el título de Especialista de
Primer Grado en Estomatología General Integral.**

Autora:

Dra. Arlette Fernández Valero
Residente de 2º año en EGI

Tutora:

MSc. Ana Belkys Hernández Millán
Especialista de segundo grado en Estomatología General
Integral, Máster en Urgencias Estomatológicas y
Educación Médica, Investigador Agregado. Profesora
auxiliar.

"Año 63 de la Revolución"
Cienfuegos, 2021.

Resumen:

La atención temprana es el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que da respuesta a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Motivados por incluir a los estomatólogos en los equipos multidisciplinarios de atención temprana y por el alto riesgo que presentan estos bebés y niños de presentar afectaciones orofaciales, además de la necesidad de orientar a los estomatólogos al respecto, la investigación tuvo como objetivo: determinar el estado de salud bucal de los pacientes que acuden a la consulta de atención temprana en el municipio de Palmira.

Métodos: El universo estuvo constituido por 40 pacientes que acuden a la consulta de atención temprana en el municipio de Palmira durante el período de enero del 2020 a mayo de 2021. Se tuvo en cuenta variables como, edad, sexo, escolaridad, trastorno del desarrollo, factores de riesgo, clasificación epidemiológica, afecciones bucales, afecciones extrabucles, necesidad de tratamiento y satisfacción con la atención recibida.

Se concluyó que dichos pacientes están más predispuestos a las enfermedades bucales o asociadas a la cavidad bucal, el mayor número de pacientes se encontraban enfermos y necesitaban tratamiento estomatológico además de presentar un número elevado de factores de riesgo, por tanto, es necesaria la integración estomatológica a la consulta de atención temprana, contribuyendo a elevar la calidad de la misma al brindar un servicio de salud con un enfoque más integral.



*El futuro tiene muchos nombres, para los débiles,
es lo inalcanzable, para los temerosos, lo
desconocido y para los valientes la oportunidad.*

Victor Hugo



A mi madre, quien me enseñó que el mejor conocimiento que se puede tener es el que se aprende por sí mismo, que no hay tarea gigante ni metas imposibles cuando se pone todo el empeño en hacer realidad tus sueños.

AGRADECIMIENTOS



Agradezco a todas las personas que conjugaron el verbo ayudar para hacer posible la recopilación, confección y revisión de esta investigación. A ellos, que tradujeron esmero y amor en infinitas horas de trabajo, a mi familia en general, entre ellos mi madre que me ayudó y orientó incondicionalmente por el camino del saber, mi pareja que con paciencia y cariño fue partícipe en el desarrollo de la investigación, a mi tutora Ana Belkys Hernández Millán que me brindó todo el apoyo para desarrollarme profesionalmente y seguir cultivando mis valores y a la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Raúl Dorticós Torrado por ser la sede de todo el conocimiento adquirido en estos años.

Índice



ÍNDICE

Introducción.....	1
Objeto de estudio.....	7
Campo de acción.....	7
Objetivo General.....	7
Objetivos específicos.....	7
Métodos aplicados.....	8
Teóricos.....	8
Empíricos.....	9
Matemáticos-estadísticos.....	9
Justificación del estudio.....	9
Conveniencia.....	9
Relevancia social y Novedad Científica.....	9
1. Marco Teórico.....	10
1.1. Atención estomatológica a grupos priorizados. Antecedentes históricos....	10
1.1.1. Paciente especial.....	11
1.2. Atención temprana. Antecedentes históricos.....	12
1.3. Atención temprana en Cuba.....	15
1.4. Objetivos de la atención temprana.....	16
1.5. Niveles de intervención en atención temprana.....	17
1.6. Principales ámbitos de actuación.....	17
1.6.1. Centros de desarrollo infantil y atención temprana.....	17

ÍNDICE

1.6.2. Servicios Sanitarios involucrados en la atención temprana.	17
1.6.3. Servicios Sociales.....	17
1.6.4. Servicios Educativos.....	18
1.7. Principios básicos de la atención temprana.	18
1.8. Atención temprana Estomatológica.	18
1.9. Enfermedades estomatológicas más frecuentes en los pacientes que acuden a la consulta de atención temprana.	19
2. Diseño metodológico.....	21
2.1. Aspectos generales del estudio.	21
2.2. Definición del universo de estudio.	21
2.3. Técnicas y procedimientos.	21
2.4. Presentación de la información.....	21
2.5. Principales Variables:	22
2.6. Técnicas de procesamiento y análisis de la información.	25
2.7. Aspectos éticos.....	25
3. Análisis y Discusión de los resultados.....	26
3.1. Caracterización de los pacientes que acuden a la consulta de atención temprana del municipio Palmira, 2020-2021.....	26
3.2. Diagnóstico de la situación estomatológica en la consulta de Atención Temprana	30
3.3. Resultados Obtenidos.....	34
Conclusiones.....	35
Recomendaciones.....	36
Referencias Bibliográficas	



ÍNDICE

Anexos

Anexo 1: Aval del director de la institución

Anexo 2: Solicitud de autorización

Anexo 3: Dictamen del comité de ética de la investigación

Anexo 4: Declaración jurada del tutor

Anexo 5: Aval del consejo científico

Anexo 6: Consentimiento informado

Anexo 7: Historia clínica individual

Anexo 8: Encuesta de satisfacción de la atención estomatológica

Introducción



INTRODUCCIÓN

Introducción.

La disminución de la mortalidad perinatal e infantil ha sido el resultado de los avances científicos en medicina, específicamente en pediatría. Entre ellos, la aplicación de la terapia intensiva pediátrica con tecnología de última generación en las salas de neonatología y los controles periódicos en los embarazos de alto riesgo constituyen los pilares que sostienen estos datos.

El seguimiento de los recién nacidos de alto riesgo resulta una necesidad fundamental, y en muchas ocasiones la reducción de la mortalidad conlleva un incremento importante de la morbilidad y la aparición de secuelas posteriores. ⁽¹⁾

Algunos investigadores concluyen que casi se ha triplicado el número de niños con trastornos discapacitantes crónicos en los últimos 30 años en los países desarrollados y sus tasas de supervivencia han aumentado, de tal manera que 90% de ellos alcanza la edad adulta. Esto implica que dichos niños y su entorno necesitarán intervención temprana preventiva y terapéutica.

En la actualidad la disminución de la mortalidad de bebés prematuros extremadamente pequeños (menores de 1000-1500 gramos) generalmente va acompañada de un gran aumento de la morbilidad (prematuros nacidos con bajo peso que sobreviven con secuelas). Estos niños constituyen un grupo con peligro de padecer más enfermedades, y los infantes de más bajo peso en el nacimiento son los que más secuelas pueden presentar. Por lo tanto, es fundamental la evaluación de los patrones de crecimiento de estos bebés y niños, incorporarlos junto a la familia a programas personalizados de atención temprana y con frecuencia observar el curso del desarrollo, intervenir en los problemas detectados y valorar el impacto de las acciones terapéuticas para poder reorientar las intervenciones si fuera necesario. ⁽¹⁾

Los primeros años son un momento único, crucial para el desarrollo humano, con unas características y unas posibilidades que no tienen comparación con ninguna otra etapa de la vida. Es una etapa crítica, ya que durante este periodo se sientan

INTRODUCCIÓN

las bases del desarrollo posterior (físico, psicológico y emocional) y se adquieren las habilidades personales y sociales que van a determinar su futuro. La interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales incide en este desarrollo y, desde esta perspectiva, la atención temprana se configura como un elemento inseparable de la respuesta que debe proporcionarse al niño que presenta alteraciones en su desarrollo, dificultades, deficiencias o riesgo de padecerlas a lo largo de su proceso evolutivo. La atención temprana supone un abordaje interdisciplinar y un procedimiento de actuación basado en la complementariedad, globalidad y unificación del proceso de detección, diagnóstico e intervención. ⁽²⁾

Generalmente, los equipos de especialistas a cargo del seguimiento y tratamiento de estos niños deberían incluir obstetras, neonatólogos, neuropediatras, psicólogos, fisioterapeutas, pediatras de atención primaria, personal de enfermería, logopedas, kinesiólogos, fonoaudiólogos, oftalmólogos, otorrinolaringólogos y estomatólogos, entre otros. Pero la realidad es que en pocos centros se incluye a estos últimos como miembros de dichos equipos multidisciplinarios. ⁽¹⁾

Antiguamente, se recomendaba retardar la atención odontopediátrica hasta cumplir los 6 años de edad, dejando en plano secundario la atención para la gestante y para el paciente infante (etapa entre los 0 a 3 años). Esto ocurría por el mal establecimiento de prioridades, el aumento de la demanda de atención estomatológica en la etapa escolar y la falta de recursos humanos y financieros en el ámbito de salud bucal. Actualmente, la influencia cultural de la población y de los profesionales de la salud bucal no contempla la necesidad del tratamiento odontológico antes que la dentición decidua esté completada o hasta los tres años de edad, cuando el niño presenta las condiciones psicológicas que posibilitan la atención. Sin embargo, ante los nuevos conocimientos sobre psicología infantil y sobre la importancia del cuidado de los dientes deciduos en el arco dentario hasta su exfoliación, los conceptos sobre la atención odontopediátrica fueron evolucionando. ⁽³⁾

INTRODUCCIÓN

La estomatología para bebés comprende los cuidados que comienzan en los primeros meses de vida (0-36 meses) y que está siendo ampliamente difundida actualmente. Sin embargo, aún existe una alta prevalencia de enfermedades bucales, especialmente caries dental, que ocurre de forma agresiva y progresiva en los infantes. ⁽³⁾

Uno de los problemas comunes entre muchos de los pacientes que acuden a la consulta de atención temprana y menos atendido es el estado de salud bucal; las grandes necesidades médicas pueden haber motivado que haya sido poco atendido. Por ello, inmediatamente después de que se hayan resuelto los problemas vitales prioritarios del nacimiento, se deberá informar y educar a los padres sobre la salud bucal de sus hijos e instaurar programas de prevención, ya que estos niños, debido a sus especiales condiciones perinatales, siempre serán considerados como pacientes de riesgo orofacial. ⁽¹⁾

No es común la intervención de los estomatólogos en los equipos multidisciplinarios de atención temprana, pero poco a poco se está tomando conciencia del alto riesgo que estos bebés y niños tienen de padecer más enfermedades, incluidas diversas patologías bucales que podrían prevenirse si se instalara tempranamente un programa de estimulación, asesoramiento y seguimiento de la evolución, crecimiento y desarrollo de la salud orofacial de tales infantes. ⁽¹⁾

La atención temprana estomatológica reúne al conjunto de intervenciones en el área bucal y complejo orofacial, dirigidas a los bebés y niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos, con necesidades permanentes o transitorias entre 0 a 6 años, a la familia y al entorno. ⁽⁴⁾

A nivel mundial se aborda la necesidad de integrar a los estomatólogos al equipo de atención temprana pero la realidad es que no siempre sucede así.

Córdova, a partir de la concepción integral de salud bucal, plantea lo siguiente: “En la boca y a través de ella se expresa un mundo de relaciones biológicas, afectivas y sociales que constituyen la vida del ser humano. Ella concentra además de los

INTRODUCCIÓN

dientes, multiplicidad de músculos, nervios, lo que la convierte en centro de recepción de infinidad de sensaciones y al mismo tiempo en vehículo de variadas respuestas tanto orgánicas como afectivas. ⁽⁵⁾

Desde ese concepto de la boca se comprende la vital importancia de integrar la cavidad bucal, a los programas educativos, mucho más cuando se trata de niños cuyo desarrollo depende en gran medida del esfuerzo por estimular y crear condiciones apropiadas para el desarrollo de todas sus potencialidades y capacidades. ⁽⁵⁾

Para las autoras españolas Saavedra el perfil bucal de los niños prematuros de bajo peso, presenta una mayor cantidad de patologías en la estructura del esmalte y la dentina, diferencias en la cronología de erupción, caries y alteraciones en el paladar. ⁽⁵⁾

En Venezuela, Casanova revela la gran problemática bucal de los pacientes con discapacidad, así en lo referente a la prevalencia de maloclusión en niños con parálisis cerebral, señala que ésta era mayor en dentición mixta; se atribuye entre otras causas a la posición anormal de la lengua y a la deglución atípica (común en estos pacientes), lo que además origina una mordida abierta anterior que es identificada como grave. ⁽⁵⁾

Contreras revela características del perfil bucal de niños con necesidades especiales como son: patrones aberrantes de erupción, anomalías en la morfología dentaria, alto riesgo de sufrir traumatismos en las estructuras dentarias; el porcentaje de dientes cariados y perdidos es mayor que el porcentaje de dientes obturados. ⁽⁵⁾

Según Pirela en una población de 133 niños con edades comprendidas entre 3 y 14 años y diagnósticos médico de Síndrome de Down, sordomudo, ciego, autista y parálisis cerebral, se encontró que el 71% de la muestra tenía caries, siendo los ciegos, sordomudos y los de parálisis cerebral los más afectados. ⁽⁵⁾

INTRODUCCIÓN

Para Longobardi el 86% de personas con retardo mental pertenecientes al Instituto para la Capacitación de Niños con Necesidades Especiales, en edades comprendidas entre 6 y 15 años, presentaron un índice de CPOD de 4 dientes con experiencia de caries.

Cuba potencia médica a nivel mundial no incluye dentro del equipo de atención temprana al estomatólogo, a pesar de que si reconoce y prioriza el estado de salud bucal óptimo de menores de 19 años y pacientes discapacitados.

Es necesaria la integración del estomatólogo a dicho equipo ya que los niños con riesgo en su salud bucal presentan una patología estructural del esmalte y la dentina, caries y enfermedad de las encías debidas a la alimentación rica en hidratos de carbono (sacarosa/golosinas/azúcares) e ingesta de medicamentos con agregados dulces que mejoran el sabor, pero son altamente perjudiciales para los tejidos bucales e higiene bucal deficiente o ausente. La cronología de erupción de dentición temporaria y permanente alterada generalmente se ve retrasada en este grupo de infantes. Asimismo, suele aparecer la maloclusión debido a alteraciones posturales, malos hábitos, respiración bucal, proyección anterior de la lengua. ⁽¹⁾

De este modo, los hábitos higiénicos generalmente están ausentes o son escasos. Estos bebés y niños necesitan del adulto para mantener la higiene bucal diaria, pero muchas veces los padres ignoran la mejor metodología para realizarla. Por ejemplo, no saben qué cepillos o pastas dentales serían los más adecuados.

Los niños con trastornos motores pueden tener dificultades para deglutir o salivar, por lo que se recomienda no usar pasta dentífrica, ya que puede tragársela o a veces no pueden enjuagarse. Con respecto a la consulta estomatológica, también está ausente o es escasa; con frecuencia se brinda orientación solamente para solucionar la urgencia. ⁽¹⁾

La Estomatología ha entendido la necesidad de abrirse a nuevas estrategias relacionadas con la promoción y prevención en salud bucal, donde se comprenda al paciente como un ser humano, tomando en cuenta sus actitudes, sus impulsos y

INTRODUCCIÓN

sus necesidades. Promover una buena salud general y bucal, son los procesos más importantes para el éxito de un programa preventivo.

La conjunción de ambas líneas de investigación, la situación epidemiológica bucal de los niños con alto riesgo y/o con discapacidad y las experiencias de prevención y promoción de salud en bebés; refuerza el compromiso ante la necesidad del abordaje bucal a temprana edad. ⁽¹⁾

Aún faltan metodologías, estrategias, protocolos de integración de estomatólogos en la consulta de atención temprana.

Existe una elevada incidencia de enfermedades bucales y disfunciones neuromusculares en el grupo priorizado que constituyen los pacientes que acuden a la consulta de atención temprana.

Muchos estomatólogos no están lo suficientemente capacitados para enfrentarse a la atención de este tipo de pacientes. Falta preparación a la hora de reconocer y abordar las patologías más frecuentes, los estomatólogos deben tener un conocimiento farmacológico elevado para evitar posibles interacciones medicamentosas, además de saber las repercusiones que traen algunos medicamentos en la salud bucal.

En la bibliografía consultada se evidenció pocos estudios sobre la integración de la atención estomatológica al equipo de atención temprana.

La doctora Di Nasso en su artículo Odontología en bebés y niños vulnerables explicó la necesidad de integración de la estomatología al equipo, pero no aborda la vía, no explica como insertarla que es lo que se propone en este trabajo. ⁽¹⁾

Algo similar sucede con la doctora Barrios Lares en su artículo Integración del equipo multidisciplinario en la promoción de salud bucal para niños de alto riesgo y con necesidades especiales, afirmó la necesidad de la presencia del estomatólogo, de manera de poder diagnosticar de forma correcta las lesiones bucales presentes en los niños y orientar a la madre, pero no expuso una propuesta a seguir una vez insertado el estomatólogo en el equipo. ⁽⁵⁾

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que acuden a la consulta no llegan a ser valorados por equipos de especialistas propios de Estomatología entiéndase ortodoncistas, periodontólogos, cirujanos maxilofaciales, protesistas y el propio estomatólogo general.

Por tanto, no existen muchos resultados en la práctica del abordaje del estomatólogo en dicha consulta.

Siendo evidente la carencia teórica y práctica en este tema y con la motivación de ofrecer un servicio de salud más integral insertando la atención estomatológica en las consultas de atención temprana esta investigación define como problema científico: ¿Cuál será el estado de salud bucal de los pacientes que acuden a la consulta de atención temprana en el municipio de Palmira?

Objeto de estudio.

Atención estomatológica a grupos priorizados.

Campo de acción.

Atención estomatológica a pacientes especiales en la consulta de atención temprana.

Objetivo General.

Determinar el estado de salud bucal de los pacientes que acuden a la consulta de atención temprana en el municipio de Palmira.

Objetivos específicos.

1. Identificar las características socio-demográficas de los pacientes que acuden a la consulta de atención temprana.
2. Identificar los motivos de asistencia de los pacientes a la consulta de atención temprana.
3. Describir los factores de riesgo que afectan a los pacientes que acuden a la consulta de atención temprana.

INTRODUCCIÓN

4. Realizar la clasificación epidemiológica de los pacientes que acuden a la consulta de atención temprana.
5. Caracterizar el estado de salud buco-dental de los pacientes que acuden a la consulta de atención temprana.
6. Determinar las necesidades de tratamiento de los pacientes que acuden a la consulta de atención temprana.
7. Determinar el grado de satisfacción de los padres o tutores con la atención estomatológica brindada con anterioridad a los pacientes que acuden a consulta de atención temprana.

Métodos aplicados

Teóricos.

1. Analítico-sintético: se utilizó durante toda la etapa de investigación, para poder establecer nexos, comparar resultados, determinar enfoques comunes y aspectos distintivos en los enfoques metodológicos estudiados y obtener conclusiones.
2. Inductivo-deductivo: a partir de las particularidades del proceso de atención temprana, se hizo las inferencias correspondientes desde las concepciones asumidas para el estudio de dicho proceso con enfoque desarrollador permitiendo dar respuesta a las interrogantes planteadas.
3. Histórico-lógico: se utilizó para conocer el surgimiento, evolución y desarrollo de la temática a investigar sobre todo en el proceso de formación con un enfoque desarrollador.
4. Sistémico: se utilizó para interpretar la propuesta del protocolo de intervención en lo relativo a su estructura y componentes, para lo cual se consideró como una totalidad (conjunto de componentes interrelacionados) cuyo funcionamiento está dirigido al logro de determinados objetivos (lograr la integración estomatológica en la consulta de atención temprana) lo cual permitirá resolver la situación problemática señalada.

INTRODUCCIÓN

Empíricos.

1. Observación: constituyó un método de esencial utilización desde el inicio hasta el final de la investigación y permitió constatar las dificultades y logros que se obtienen y su contribución al proceso de formación de las habilidades prácticas propias de la profesión con un enfoque desarrollador.
2. Análisis de documentos: permitió profundizar en los antecedentes históricos y los resultados de estudios realizados con anterioridad, relacionados con el tema.

Matemáticos-estadísticos.

Se empleó la estadística descriptiva para la cuantificación de los resultados.

Justificación del estudio.

El estudio realizado permitirá la integración de la atención estomatológica a pacientes especiales que acuden a la consulta de atención temprana, será una herramienta valiosa para el estomatólogo y para la cual se empleará una metodología sustentada científicamente.

Conveniencia.

Beneficiará el desempeño profesional de los estomatólogos al tener a su disposición un instrumento que garantice una atención con un enfoque más integral a los pacientes que acuden a la consulta de atención temprana.

Relevancia social y Novedad Científica.

Se brindará un servicio más completo y logrará elevar la calidad de vida de los pacientes que acuden a la consulta de atención temprana. Además, será una herramienta útil para los estomatólogos a la hora de enfrentarse a este tipo de pacientes que requieren una atención especializada.

Será incluido al estomatólogo por primera vez en Cienfuegos en el equipo multidisciplinario que atiende la consulta de atención temprana.

Marco Teórico

MARCO TEÓRICO

1. Marco Teórico.

1.1. Atención estomatológica a grupos priorizados. Antecedentes históricos.

En sus inicios la actividad del Estomatólogo (Dentista) se circunscribía a la curación de las personas ya afectadas, y no es hasta mediados del siglo XX en que se inicia el desarrollo de la promoción y la prevención, fundamentalmente en los Países Escandinavos y Europa, introduciéndose estos conceptos en Cuba, a partir de los primeros años del Triunfo de la Revolución. ⁽⁶⁾

En la década del 60 se crean las primeras Clínicas Estomatológicas, comienza el servicio médico rural, se incrementan las matrículas en la Facultad de Estomatología de la Habana y se abre una nueva Facultad en Santiago de Cuba. Se comienza la formación de asistentes dentales y se realizan campañas para la atención al daño. En la década de los 70 se introdujo un Programa de Atención a Escolares el que incluía el examen clínico bucal anual, las aplicaciones de Flúor y la prevención de otros trastornos. En el año 1984 se comienzan a orientar las acciones hacia la promoción y la prevención.

Ya en la década del 90 se priorizan las gestantes, la madre de niño menor de 1 año, la población con retraso mental, la población mayor de 60 años, los jóvenes del SMA y las personas con lesiones premalignas de la cavidad bucal u otras enfermedades crónicas como cardiópatas, nefrópatas entre otras. En el año 1992 se unifican los programas de estomatología existentes desde 1984 en uno sólo, el que se revisa y actualiza en el año 2002.

En la actualidad los grupos de población priorizados en Cuba son:

Niños y adolescentes de 0-19 años, mujeres embarazadas, madres con niños menores de 1 año, adulto joven, discapacitados, retrasados mentales, la población geriátrica, enfermos crónicos, combatientes de la Revolución cubana y los trabajadores de la educación y la salud. ⁽⁶⁾

MARCO TEÓRICO

1.1.1. Paciente especial.

El paciente especial es aquel que presenta signos y síntomas de orden físico, mental o sensorial, así como de comportamiento social, psicológico o algún compromiso médico, que para su atención odontológica exige maniobras, conceptos, equipamiento y personal colaborador con capacidad de atender las necesidades que ellos generan, escapando de las rutinas y programas estándares de la población general. Estos pacientes presentan una serie de condicionantes que ayudan a caracterizarlos, el hecho de padecer diversas patologías, hace que requieran una atención odontológica singular. ⁽⁷⁾

Tan Castañeda y Rodríguez Calzadilla los clasifican en 4 grupos siendo esta la asumida en este trabajo por ser la más completa y la que mejor logra organizar y agrupar a los pacientes especiales:

- Grupo I: pacientes con enfermedades crónicas degenerativas.

Pacientes diabéticos, cardiopatas, nefrópatas, pacientes con discrasias sanguíneas y los pacientes epilépticos.

- Grupo II: pacientes con enfermedades que provocan déficit motor.

Pacientes parapléjicos, cuadripléjicos y hemipléjicos.

- Grupo III: pacientes con enfermedades que provocan déficit sensorial.

Pacientes ciegos, sordos y sordomudos.

- Grupo IV: pacientes con retraso mental.

Según la clasificación cubana, los niveles de retraso mental son:

- Fronterizo (CI: 68-83).
- Ligero (CI: 52-67).
- Moderado (CI: 36-51).
- Severo (CI: 20-35).
- Profundo (CI: por debajo de 20). ⁽⁸⁾

MARCO TEÓRICO

1.2. Atención temprana. Antecedentes históricos.

El concepto de AT se ha ido actualizando a través del tiempo debido a los avances sociales, culturales, legales y de investigaciones que han permitido aumentar el conocimiento en esta temática. ⁽⁹⁾

Estimulación precoz, atención precoz, estimulación temprana, intervención temprana, atención temprana, son algunas de las múltiples expresiones utilizadas por los distintos autores que han trabajado en este marco de actuación.

Será Concepción Sánchez Palacios, la persona que enmarcará por primera vez el término estimulación precoz, el cual parte del hecho, científicamente demostrado, de que, para que se produzca un normal desarrollo físico e intelectual, es necesario estimular el organismo durante su período de crecimiento y por lo tanto las considera como técnicas educativas y de aprendizaje para tratamiento del retraso mental ya desde que se sospecha su aparición, pudiendo empezar desde el mismo momento del nacimiento. ⁽¹⁰⁾

En contraposición a esta primera conceptualización como Estimulación Precoz, es en estos mismos momentos cuando el equipo de la Dra. Lydia F. Coriat, prefiere hablar de estimulación temprana en lugar de precoz, ya que según argumenta “precoz” parece evocar un deseo de aceleración del proceso de maduración, mientras que temprano sería cuando se empieza pronto.

Un año más tarde la Dra. Joaquina Júdez Fageda, vuelve a utilizar el término de “Estimulación precoz, como una técnica que incrementa el desarrollo de funciones tanto psíquicas como motoras y por ello es aplicable tanto a niños afectos de retrasos evolutivos psíquicos como físico motoras”.

Alberto Abadi, utiliza la terminología de atención temprana definiéndola como un grupo de acciones dirigida a la familia o centralizadas en el niño, que son proporcionadas a fin de promover un ambiente enriquecedor; a través de la estimulación sensorial, motora y emocional-social. ⁽¹⁰⁾

MARCO TEÓRICO

José Carlos Sánchez García, vuelve a replantearse al igual que hizo Lydi y Coriat en 1978, la utilización del término estimulación precoz o temprana, siendo defensor del término de estimulación precoz, a pesar en sus propias palabras de que algunos investigadores sugieren la sustitución de “precoz” por “temprana”.

Por lo tanto, estimulación precoz, atención precoz, intervención temprana, etc., se puede definir hasta este momento como una intervención temprana que intenta potenciar al máximo las posibilidades de los niños afectados por alguna deficiencia, o con riesgo de padecerla en todas sus facetas o áreas de aprendizaje.

La intervención temprana no atiende solamente a poblaciones con patologías ya instauradas o implantadas, conviene distinguir y diferenciar claramente tres amplias poblaciones objeto de intervención: niños en situación de mayor riesgo ambiental, niños en situación de mayor riesgo biológico y niños con retrasos, desviaciones o discapacidades de desarrollo establecidas.

Belén Espallarqués Terés y Javier Rueda Fernández utilizan la terminología de atención temprana definiéndola como: “Toda acción globalizadora que, aplicada a la primera infancia desde una actitud preventiva, promueve, facilita y potencia la evolución máxima de todas las posibilidades de aquellos sujetos que presenten o padezcan cualquier tipo de afectación, minusvalía o que reúnan las condiciones de riesgo ya sean orgánicas o ambientales”. ⁽¹⁰⁾

Para la autora el Libro Blanco de la atención temprana editado en el año 2000 por el Real Patronato de Atención a la Discapacidad es el que logra una mejor definición del concepto y no por gusto es considerado un documento base para la planificación y coordinación de los servicios de atención temprana.

Dicho libro define atención temprana como: el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han

MARCO TEÓRICO

de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar. ⁽¹¹⁾

La atención temprana surge en el siglo XX, de inicio exclusivo en países desarrollados donde la mortalidad infantil descendía por el desarrollo de los cuidados intensivos neonatales por tanto el índice de discapacidad en estas edades ascendía. Esto hizo necesario crear un programa encaminado a detectar precozmente y a tratar en momento oportuno las atenciones del neurodesarrollo minimizando las secuelas neurológicas discapacitantes de los infantes. Logrando una adecuada incorporación de estos a la sociedad. ⁽¹²⁾

El informe Warnok encargado en 1974 por el Secretario de Educación del Reino Unido a una comisión de expertos y publicado en 1978, tuvo una gran influencia en toda Europa en los cambios que se introdujeron en el campo de la educación especial y en el de la intervención infantil. Recomendó expresamente que con los niños con problemas en edades tempranas se empezara a intervenir lo antes posible con el fin de entrenar específicamente aquellas conductas que por sus limitaciones no se pueden adquirir de forma espontánea.

La intervención se caracterizó durante muchos años por dirigir los programas de rehabilitación exclusivamente a los niños y a las niñas. Es a finales de los años 80 cuando se comienza a cuestionar este planteamiento y se introduce una nueva perspectiva en la que se destaca especialmente el papel y protagonismo de los padres y madres en los programas de estimulación. Se comienza a incluir en los programas además de la población de menores con algún tipo de discapacidad a otros grupos de riesgo biológico y social.

Diferentes estudios señalan la infancia como una etapa de crecimiento y maduración del SN donde las experiencias tempranas van a ser cruciales para el desarrollo posterior, teniendo así dicha etapa importantes repercusiones durante el resto de la vida del ser humano.

A nivel mundial los países que reportan resultados positivos en la atención temprana son: Ecuador, Argentina, España, Chile, Venezuela y Cuba. ⁽¹²⁾

MARCO TEÓRICO

1.3. Atención temprana en Cuba.

Cuba a pesar de ser un país del Tercer Mundo tiene índices bajos de mortalidad comparados con los países desarrollados.

En la década del 80 existía en Cienfuegos una consulta de neurodesarrollo conformada por una Pediatra, un Psicólogo y una Psicometrista la cual funcionaba en el Hospital Pediátrico "Paquito Gonzáles Cueto". Se mantuvo con esta organización hasta los años 90 en la que se conforma la consulta con un Fisiatra, un Neonatólogo y un Psicometrista careciendo de Psicólogo y Pediatra.

En 1993 cambia la estructura del equipo formado en esta ocasión por un Fisiatra, un Psicometrista y un Neuropediatra, se mantuvo la consulta en el mismo lugar, iniciándose y ampliándose el criterio de inclusión de los niños a la consulta, no solo a niños con alteraciones del neurodesarrollo sino también los de riesgo por presentar antecedentes, pre-peri y post natal. Hasta ese momento no se realizaban todas las evaluaciones que incluyen el programa. En el año 2003 se inicia la capacitación en el Hospital Pediátrico "Pedro Borrás" en Ciudad Habana, incorporándose al equipo una Logopeda y una Defectóloga. ⁽¹²⁾

Con la creación del Centro Provincial de Rehabilitación Integral (CPRI) en el año 2005, aparece el espacio físico completándose y agrupándose el equipo con las disciplinas que permite la evaluación e intervención de todas las esferas del desarrollo del niño (Un Neuropediatra, un Fisiatra, cuatro Licenciados en Defectología, dos Logopedas, un Licenciado en Enfermería, cinco Técnicos de Terapia Física y Rehabilitación y un Técnico en Psicometría), con el objetivo de atender a todos los niños con alteraciones del neurodesarrollo (motor, mental, neurológico, del lenguaje, y de la esfera de socialización) o riesgo. El seguimiento regular consiste en consultas trimestrales desde los tres a treinta meses de edad y semestrales a partir de los treinta meses hasta los 6 años. Una vez arribada a esta edad se les da el alta y los niños que aún mantienen alteraciones continúan siendo atendidos por el Centro de Diagnóstico y Orientación del Ministerio de Educación, responsable de su enseñanza escolar según la necesidad individual. ⁽¹²⁾

MARCO TEÓRICO

En el año 2006, después de realizado el Curso Provincial de Capacitación en atención temprana, se crean los nuevos Equipos Municipales. Estos equipos están conformados con una estructura similar al Equipo Provincial, y tiene como objetivo, darles seguimiento a todos los niños atendidos en nuestra entidad perteneciente a su área de salud.

Integran la consulta de atención temprana en la provincia de Cienfuegos:

- Neuropediatra, fisiatra, logopeda, defectólogo, licenciado en terapia física y rehabilitación, enfermeros, psicometrista, pediatra y el psicólogo.

Integran la consulta de atención temprana en el municipio de Cienfuegos:

- Nutricionista, terapeuta ocupacional, fisiatra, logopeda, defectólogo, licenciado en terapia física y rehabilitación, enfermeros, psicometrista, pediatra y el psicólogo. ⁽¹²⁾

Salta a la vista que es un equipo bastante completo aun así en este trabajo la autora considera que se deberían incluir estomatólogos para lograr la multidisciplinaridad y un servicio más integral.

1.4. Objetivos de la atención temprana.

1. Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
2. Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
3. Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
4. Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
5. Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.
6. Considerar al niño como sujeto activo de la intervención. ⁽¹³⁾

En este trabajo se considera que el cumplimiento de cada uno de estos objetivos es esencial y deben tenerse en cuenta en las consultas de atención temprana si se

MARCO TEÓRICO

siguen al pie de la letra y se logra la intervención temprana no hay duda que los beneficios en el futuro serán satisfactorios.

1.5. Niveles de intervención en atención temprana.

Corresponden a la prevención primaria las actuaciones y protección de la salud, orientadas a promover el bienestar de los niños y sus familias. La prevención secundaria se basa en la detección precoz de las enfermedades, trastornos, o situaciones de riesgo y la prevención terciaria se corresponde con las actuaciones dirigidas a remediar las situaciones que se identifican como de crisis biopsicosocial.⁽¹⁴⁾

1.6. Principales ámbitos de actuación.

1.6.1. Centros de desarrollo infantil y atención temprana.

Los Centros de Desarrollo Infantil y atención temprana (CDIAT) son servicios autónomos cuyo objetivo es la atención a la población infantil de 0-6 años que presenta trastornos en su desarrollo o que tiene riesgo de padecerlos.⁽¹¹⁾

1.6.2. Servicios Sanitarios involucrados en la atención temprana.

Servicios de obstetricia, de neonatología, unidades de seguimiento madurativo o de desarrollo, pediatría en atención primaria, servicios de neuropediatría, de rehabilitación infantil, de salud mental y otras especialidades médicas donde caben resaltar la importancia de la Oftalmología, Otorrinolaringología (ORL), la Cirugía Ortopédica, la Radiología, la Neurofisiología, la Bioquímica y la Genética.⁽¹¹⁾

La autora no está de acuerdo con que no se mencionen dentro de los servicios sanitarios a la Estomatología, no se resalta su importancia, ni se menciona dentro de la categoría otras especialidades médicas.

1.6.3. Servicios Sociales.

Los servicios sociales tienen una función y una responsabilidad clara tanto en los programas de prevención como en las tareas de detección, diagnóstico e intervención en todos aquellos casos que lo requieran.⁽¹¹⁾

MARCO TEÓRICO

1.6.4. Servicios Educativos.

La educación a estas edades tiene un marcado carácter preventivo y compensador, debido a la importancia que tiene la intervención temprana para evitar problemas en el desarrollo, en la población en general y especialmente en aquellos niños que presentan necesidades educativas especiales. ⁽¹¹⁾

1.7. Principios básicos de la atención temprana.

- Diálogo, integración y participación.
- Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades, responsabilidad pública.
- Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional.
- Coordinación.
- Descentralización.
- Sectorización. ⁽¹⁵⁾

1.8. Atención temprana Estomatológica.

La estomatología general se caracterizaba por ser una profesión que no impulsaba hábitos preventivos de enfermedades bucales, principalmente en niños. Hoy en día, es recomendable realizar la primera consulta odontológica durante el primer año de vida del infante para garantizar el acercamiento a la familia, educar sobre promoción y mantenimiento de la salud bucal y evitar las consultas de urgencia en etapas más avanzadas de la enfermedad. ⁽³⁾

La inspección de la boca de un niño en edad temprana ayuda a arreglar posibles problemas de mordida, del habla e incluso de la respiración. La prevención y tratamiento de problemas como la caries, cada vez más frecuente en dientes de leche, ha de tenerse en cuenta desde muy pequeños, también el tratamiento de los traumatismos producidos por caídas y golpes. ⁽¹⁶⁾

Se entiende por atención estomatológica temprana al conjunto de intervenciones en el área bucofacial, dirigidas a los bebés o niños pequeños con trastornos en su

MARCO TEÓRICO

desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos, con necesidades permanentes o transitorias entre 0-6 años, incluyendo también a su familia y entorno. Las intervenciones terapéuticas que se realicen deberán considerar sus características evolutivas biológicas y psicológicas; y deberán planificarse y llevarse a cabo por equipos de profesionales interdisciplinarios y transdisciplinarios.

La urgencia médica que estos niños requieren, puede ser el motivo de la demora o ausencia de atención odontológica. Por lo que se hace necesario que tan pronto se resuelvan los problemas vitales prioritarios del nacimiento se deba informar, orientar y educar a los padres sobre la salud bucal de sus hijos e incluirlos en programas de prevención. ⁽⁴⁾

1.9. Enfermedades estomatológicas más frecuentes en los pacientes que acuden a la consulta de atención temprana.

Caries: Debido a la falta de higiene, al tipo de dieta que suelen tener estos pacientes, rica en hidratos de carbono con ingesta de medicamentos endulzados que mejoran el sabor, pero son altamente perjudiciales para los tejidos dentarios y a la falta de visitas control al estomatólogo. ⁽¹⁷⁾

Enfermedad Periodontal: Los pacientes que presentan algún tipo de discapacidad, tienen una predisposición mayor a desarrollar enfermedad periodontal. ⁽¹⁷⁾

Maloclusiones: Existen diversas determinaciones genéticas que favorecen el desarrollo de maloclusiones en la mayoría de los pacientes con discapacidades físicas y psíquicas. Aunado a esto existen múltiples hábitos como la respiración bucal, la succión digital y la interposición lingual.

Autolesiones: Las conductas de autoagresión tienden a manifestarse en el contexto de desórdenes del desarrollo como el retardo mental y el autismo; desórdenes psiquiátricos como el desorden obsesivo compulsivo, la anorexia, la esquizofrenia y el desorden dismórfico corporal; desórdenes neurológicos como el Síndrome de Tourette, neuroacantosis y el síndrome de dolor crónico. ⁽¹⁷⁾

MARCO TEÓRICO

Bruxismo: Los pacientes discapacitados, en especial los pacientes con Parálisis Cerebral o pacientes mentales; pueden notarse atricción severa de la dentición temporal y permanente, como consecuencia de la pérdida de dimensión vertical intermaxilares. ⁽¹⁸⁾

Trauma: Las personas con Parálisis Cerebral son más susceptibles a los traumatismos, en especial en los dientes anterosuperiores. Esta situación se relaciona con la tendencia aumentada a las caídas junto con la disminución del reflejo extensor que amortiguaría esas caídas y la frecuente profusión de los dientes anterosuperiores. ⁽¹⁸⁾

Disfunciones neuromusculares: Son aquellas caracterizadas por la función anormal de la musculatura, ya sea una hipofunción o una hiperfunción, en general todas las alteraciones en la fisiología muscular normal.

Los trastornos miofuncionales que pueden aparecer en dichos pacientes son:

- Trastorno miofuncional del control dentario vestibular.
- Trastorno miofuncional de buccinadores.
- Trastorno miofuncional de los mentonianos.
- Protracción lingual en deglución anormal.
- Trastorno miofuncional de los pterigoideos laterales.
- Trastorno miofuncional de los maseteros.
- Respiración Bucal por insuficiencia nasal o funcional. ⁽¹⁹⁾

Hábitos que pueden llevar a disfunciones neuromusculares:

Los hábitos son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden y que al repetirse llegan a convertirse en inconscientes, pueden ser beneficiosos o perjudiciales. ⁽²⁰⁾

Algunos hábitos que se pueden observar en pacientes que acuden a la consulta de atención temprana son la respiración bucal, la succión digital, la protracción lingual o interposición lingual, la queilofagia, onicofagia y los hábitos posturales. ⁽¹⁹⁾

2

Diseño Metodológico

DISEÑO METODOLÓGICO

2. Diseño metodológico.

2.1. Aspectos generales del estudio.

Se realizó un estudio de investigación con metodología cuantitativa y cualitativa, observacional descriptivo transversal en el municipio de Palmira en el período de estudio: enero de 2020 hasta mayo de 2021.

2.2. Definición del universo de estudio.

Estuvo constituido por los 40 pacientes que acuden a la consulta de atención temprana en el municipio de Palmira durante enero de 2020 hasta mayo de 2021.

Al no ser un universo tan amplio no se seleccionó muestra y se trabajó en su totalidad con el universo.

Una limitación en este trabajo fue precisamente la situación epidemiológica actual en Cuba por la presencia de la pandemia COVID-19, como se observó el universo fue pequeño, las consultas de atención temprana se vieron obligadas a cerrar para evitar los contagios.

2.3. Técnicas y procedimientos.

Dentro de las técnicas para obtener la información se emplearon aquellas que implican una interacción estrecha entre investigadores y participantes pudiendo producir reacciones o respuestas en los mismos. Se utilizaron fuentes de recolección primaria, secundaria y terciaria. Se obtuvo la información mediante observación directa y ajena, cuestionario, revisión documental y a través de informantes claves.

2.4. Presentación de la información

La información se presentó resumida en tablas y gráficos para las diferentes variables estudiadas.

DISEÑO METODOLÓGICO

Para darle respuesta a los objetivos de la investigación se dividió el estudio en dos etapas:

- Etapa de diagnóstico.
- Etapa de análisis de la documentación

Etapa de Diagnóstico.

Le dio salida a los objetivos específicos, se caracterizó de manera general a la población según edad, sexo y escolaridad, se expuso el motivo por el cual los pacientes acuden a la consulta de atención temprana, los factores de riesgo para la salud bucodental, se clasificaron epidemiológicamente a los pacientes, se identificaron las principales afecciones bucales y extrabucales, las necesidades de tratamientos que presentaron los pacientes con necesidades especiales del estudio, así como el grado de satisfacción de los padres con la atención estomatológica recibida con anterioridad, todo esto permitió caracterizar e identificar cuáles fueron los diagnósticos más comunes y hacia donde se debe enfocar la atención.

Etapa de análisis de la documentación.

Consistió en el análisis y estudio del material recopilado en la etapa de diagnóstico. Esta etapa dio salida al objetivo general.

2.5. Principales Variables:

Edad, sexo, escolaridad, trastorno del desarrollo, factores de riesgo, clasificación epidemiológica, afecciones bucales, afecciones extrabucales, necesidad de tratamiento, satisfacción con la atención recibida.

Operacionalización de variables.

Variable	Clasificación	Definición conceptual	Escala	Indicadores
Edad	Cuantitativa discreta	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta el momento en que se hace el cálculo o hasta la fecha de su	0,1,2,3,4,5,6	Frecuencia y porcentaje

DISEÑO METODOLÓGICO

		fallecimiento si fuera el caso		
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie. Representa el sexo biológico de los participantes	- Masculino - Femenino	Frecuencia y porcentaje
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Conjunto de cursos que un estudiante sigue dentro de un centro docente	-No escolarizado -Círculo Infantil -NAHO -Primaria sin terminar	Frecuencia y porcentaje
Trastornos del desarrollo	Cualitativa nominal politómica	Problemas severos y de larga duración. Pueden ser físicos, mentales, o pueden ser una combinación de ambos	- Pacientes con enfermedades crónicas degenerativas - Pacientes con enfermedades que provocan déficit motor - Pacientes con enfermedades que provocan déficit sensorial - Pacientes con retraso mental	Frecuencia y porcentaje
Factores de Riesgo	Cualitativa Nominal	Circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud	Biología Humana -Antecedentes de caries -Deficiente higiene bucal Modos y estilos de vida -Alimentación Azucarada -Hábitos posturales -Uso del biberón -Uso del chupete -Succión digital -Empuje Lingual -Bruxismo -Onicofagia -Geofagia -Queilofagia -Respiración bucal	Frecuencia y porcentaje

DISEÑO METODOLÓGICO

			Medio ambiente -Deficientes condiciones ambientales Organización de los servicios de salud -Deficiente atención estomatológica	
Clasificación epidemiológica	Cualitativa Ordinal	Clasificación según la presencia o no de enfermedades, riesgo de padecerlas o presencia de discapacidades y deficiencias	-Sano -Sano con riesgo -Enfermo -Deficiente- -Discapacitado	Frecuencia y porcentaje
Afecciones bucales	Cualitativa nominal politómica	Diferentes enfermedades de la cavidad bucal, que pueden ocasionar deterioro, dolor, sangrado y pérdida de dientes	- Caries - Enfermedad Periodontal - Maloclusiones - Autolesiones - Bruxismo -Hipoplasia del esmalte	Frecuencia y porcentaje
Afecciones extrabucles	Cualitativa nominal politómica	Alteraciones fuera de la cavidad bucal que puede guardar relación con la misma	-Disfunciones neuromusculares -Asimetría Facial	Frecuencia y porcentaje
Necesidad de tratamiento	Cualitativa Nominal	Necesidad de recibir tratamiento estomatológico	Necesidad de tratamiento en el nivel primario -EGI -Ortodoncia -Periodoncia -Prótesis	Frecuencia y porcentaje
Satisfacción con la atención recibida	Cualitativa politómica Ordinal	Satisfacción de los padres o tutores legales con la atención estomatológica recibida con anterioridad.	-Satisfecho -Medianamente satisfecho -Insatisfecho	Frecuencia y porcentaje

2.6. Técnicas de procesamiento y análisis de la información.

La información primaria se procesó en una microcomputadora. En el análisis estadístico, para describir las características de la población de estudio, se efectuó distribución de frecuencia y porcentaje. Los resultados obtenidos en la recolección de la información en el diagnóstico efectuado se introdujeron en la base de datos creada al efecto para la investigación, lo cual permitió evaluar el comportamiento de las variables seleccionadas para el periodo estudiado, los cruces de variables y análisis estadísticos se realizaron a través del programa Microsoft Excel 2016.

2.7. Aspectos éticos.

En todo momento de la investigación se tuvo en cuenta las consideraciones éticas (consentimiento informado de la institución tanto del policlínico como de la consulta de atención temprana anexos 1 y 2, estuvo presente el dictamen del comité de ética de la investigación anexo 3, la declaración jurada del tutor anexo 4, el aval del consejo científico anexo 5 y el consentimiento informado de los responsables de los participantes anexo 6). Los datos obtenidos para la investigación fueron utilizados solamente con fines investigativo y fueron presentados a los participantes, además de que se utilizaron para la mejora en la calidad de la atención.

Análisis y Discusión de los resultados



ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

3. Análisis y Discusión de los resultados

3.1. Caracterización de los pacientes que acuden a la consulta de atención temprana del municipio Palmira, 2020-2021.

Tabla 3.1. Distribución por edad y sexo de los pacientes que acuden a consulta de atención temprana, municipio Palmira 2020 – 2021.

Edades (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
0	6	35.29	3	13.04	9	22.50
1	3	17.65	7	30.43	10	25.00
2	6	35.29	4	17.39	10	25.00
3	0	0.00	6	26.09	6	15.00
4	1	5.88	1	4.35	2	5.00
5	0	0.00	1	4.35	1	2.50
6	1	5.88	1	4.35	2	5.00
Total	17	42.50	23	57.50	40	100.00

Fuente: Anexo 7: Historia clínica individual

Se evidencia un predominio del sexo femenino representando un 57.50 % del total de la población sobre el masculino que representó el 42.50 %.

Las edades más predominantes fueron 1 y 2 años con 10 paciente cada una que representaron en total el 50.00% de los pacientes.

La edad menos representativa fue 5 años con 1 paciente que representó el 2.50% del total.

Este estudio difiere de la investigación de Marta Carballal Marino⁽²⁴⁾: Prevalencia de trastornos del neurodesarrollo, comportamiento y aprendizaje en Atención Primaria, donde obtuvo predominio del sexo masculino sobre el femenino.

Estos resultados evidenciaron que en Cuba luego del nacimiento de los niños con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos una vez detectados los mismos no se pierde tiempo y pasan de manera inmediata a la consulta de atención temprana.



ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 3.2. Distribución según el nivel educacional de los pacientes que acuden a consulta de atención temprana, municipio Palmira 2020 – 2021.

Nivel educacional	No.	%
No escolarizado	9	22.50
Círculo Infantil	6	15.00
NAHO	23	57.50
Primaria sin terminar	2	5.00
Total	40	100.00

Fuente: Anexo 7: Historia clínica individual

Existió un predominio de los niños que se atienden en el hogar (NAHO), con un total de 23 pacientes que representaron el 57.50% de los pacientes, seguidos por los no escolarizados que corresponde a los 9 lactantes que acudieron a la consulta y que representaron el 22.50%.

A los círculos infantiles acuden 6 niños y no habían terminado la primaria 2 los que representan el 15.00% y el 5.00% respectivamente.

Este estudio difiere de la investigación de Yadit Arturo González Carrazana⁽²⁵⁾: Caracterización de pacientes ingresados en consulta de atención temprana. Policlínico Jimmy Hirze, donde obtuvo un predominio de los pacientes no escolarizados.

Tabla 3.3. Motivos de asistencia de los pacientes a la consulta de atención temprana, municipio Palmira 2020 – 2021.

Trastornos del desarrollo	Edades													
	0 (n=9)		1 (n=10)		2 (n=10)		3 (n=6)		4 (n=2)		5 (n=1)		6 (n=2)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Motivo de asistencia a consulta de atención temprana														
Cardiopatía	1	11.11	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Epilepsia	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	33.33	1	50.00	0	0.00	1	50.00
Zica durante la gestación	0	0.00	0	0.00	4	40.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Broncoaspiración del líquido meconial	0	0.00	1	10.00	1	10.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Parto pre término	2	22.22	3	30.00	1	10.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Bajo peso al nacer	1	11.11	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Retardo en el desarrollo psicomotor	3	33.33	4	40.00	2	20.00	0	0.00	1	50.00	1	100.00	1	50.00
Trastornos osteoarticulares	1	11.11	0	0.00	0	0.00	4	66.67	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Macrofeto	1	11.11	0	0.00	2	20.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Disfunción neuromuscular	0	0.00	2	20.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00

Fuente: Anexo 7: Historia clínica individual

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El retardo en el desarrollo psicomotor fue la causa más común de asistencia a dicha consulta con un total de 12 pacientes que representaron el 30.00%, seguido de los partos pre términos y los trastornos osteoarticulares con 6 y 5 pacientes respectivamente que representaron el 15.00% y el 12.50%.

Los motivos menos predominantes fueron la cardiopatía y el bajo peso al nacer con 1 paciente cada uno que representaron el 2.50% de los que acudieron a la consulta.

Este estudio coincide con la investigación realizada por Yadi Arturo González Carrazana⁽²⁵⁾: Caracterización de pacientes ingresados en consulta de atención temprana. Policlínico Jimmy Hirze donde el principal motivo de asistencia a la consulta de atención temprana es el retardo en el desarrollo psicomotor.

Tabla 3.4. Factores de riesgo para la salud bucal según edad de los pacientes que acuden a consulta de atención temprana, municipio Palmira 2020 - 2021.

Factores de riesgo		Edades															
		0 (n=9)		1 (n=10)		2 (n=10)		3 (n=6)		4 (n=2)		5 (n=1)		6 (n=2)		Total (n=40)	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Biológicos	Antecedentes de caries	0	0.00	0	0.00	2	20.00	0	0.00	2	100.00	0	0.00	2	100.00	6	15.00
	Deficiente higiene bucal	9	100.00	10	100.00	10	100.00	6	100.00	2	100.00	1	100.00	2	100.00	40	100.00
Modos y Estilos de vida	Alimentación Azucarada	1	11.11	0	0.00	3	30.00	4	66.67	2	100.00	1	100.00	2	100.00	13	32.50
	Hábitos posturales	4	44.44	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	10.00
	Uso del biberón	3	33.33	9	90.00	8	80.00	5	83.33	0	0.00	1	100.00	0	0.00	26	65.00
	Uso del chupete	2	22.22	3	30.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	12.50
	Succión digital	1	11.11	5	50.00	3	30.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	9	22.50
	Empuje Lingual	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	33.33	1	50.00	0	0.00	1	50.00	4	10.00
	Bruxismo	1	11.11	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	2.50
	Onicofagia	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00	1	50.00	2	5.00
	Geofagia	0	0.00	0	0.00	2	20.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	5.00
	Queilofagia	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00	1	50.00	2	5.00
Ambientales	Respiración bucal	1	11.11	1	10.00	4	40.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	15.00
	Deficientes condiciones ambientales	7	77.78	4	40.00	8	80.00	3	50.00	1	50.00	0	0.00	2	100.00	25	62.50
Organización de los servicios de salud	Deficiente atención estomatológica	7	77.78	7	70.00	8	80.00	3	50.00	1	50.00	0	0.00	2	100.00	28	70.00

Fuente: Anexo 7: Historia clínica individual

Dentro de los factores de riesgo biológicos el más predominante fue la deficiente higiene bucal, el 100.00% de los pacientes tenían este factor de riesgo.

Las enfermedades crónicas, y trastornos del desarrollo no se abordaron en esta tabla a pesar de constituir factores de riesgo biológicos porque se expusieron con anterioridad.



ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Dentro de los modos y estilos de vida predominó el uso del biberón con un total de 26 pacientes que representaron el 65.00% del total.

Un dato curioso se encontró un paciente de 11 meses con bruxismo este dato puede resultar extraño, pero se han reportado casos de bebés que comienzan durante el período de erupción dentaria el rechinar de los dientes cabe resaltar que tener dientes es una experiencia novedosa para los menores de 1 año, les gusta hacer ruidos con su boca, autoescucharse y experimentar con su cuerpo, es común que hagan sonidos incluso antes de dormirse, este hábito disminuye progresivamente al salir las muelas permanentes y dientes incisivos. ^(26,27)

La determinante medio ambiente abordó las afectaciones en el entorno donde radican los pacientes incluido el abastecimiento de agua. El 62.50% de los pacientes tuvieron condiciones ambientales deficientes.

En cuanto a la organización de los servicios de salud 28 pacientes que representaron el 70.00%, suma numerosa estuvo afectada. Esto se debió a que no se evidenció una vigilancia epidemiológica constante y el control de los factores de riesgos por parte del estomatólogo hacia estos pacientes que son más propensos a desarrollar enfermedades bucales, si bien en algún momento se evaluó el estado de salud bucal por pertenecer los mismos a grupos priorizados faltó organización para la atención constante de los mismos.

La autora asume que si se contara con un estomatólogo en la consulta de atención temprana se apoyaría grandemente la atención de estos niños no solo desde el punto de vista curativo sino también en promoción y prevención, no es secreto que el EGI asume la atención de todo un consultorio médico a veces poblaciones muy grandes, si se interceptan estos niños y se les da seguimiento constante desde edades muy tempranas se está garantizando menos morbilidad y mayor calidad de vida.

Estos resultados coincidieron con Vilma, Mamani Cori⁽²⁸⁾ en su trabajo: Riesgo estomatológico e impacto de las afecciones bucales en la calidad de vida de



ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

preescolares del ámbito rural en Puno, donde uno de los factores de riesgo predominante fue la deficiente higiene bucal.

3.2. Diagnóstico de la situación estomatológica en la consulta de Atención Temprana

Tabla 3.5. Clasificación epidemiológica según edad de los pacientes que acuden a consulta de atención temprana, municipio Palmira 2020 - 2021.

Grupo de edades	Clasificación epidemiológica					
	Sanos con Riesgo		Enfermos		Deficientes- Discapacitados	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 (n=9)	3	21.43	6	24.00	0	0.00
1 (n=10)	7	50.00	2	8.00	1	100.00
2 (n=10)	3	21.43	7	28.00	0	0.00
3 (n=6)	0	0.00	6	24.00	0	0.00
4 (n=2)	0	0.00	2	8.00	0	0.00
5 (n=1)	1	7.14	0	0.00	0	0.00
6 (n=2)	0	0.00	2	8.00	0	0.00
Total (n=40)	14	35.00	25	62.50	1	2.50

Fuente: Anexo 7: Historia clínica individual

Predominaron los pacientes enfermos con un total de 25 que representan el 62.50%, seguidos de los sanos con riesgos que fueron 14 y representaron el 35.00%, solo se obtuvo 1 deficiente discapacitado que corresponde a un paciente que fue intervenido por paladar fisurado y representó el 2.50% del total de pacientes.

Esto evidenció que es una realidad, los pacientes que acuden a consulta de atención temprana tienen mayor riesgo de padecer enfermedades bucales o extrabucles en íntimo contacto con la cavidad bucal.

Estos resultados consolidaron el trabajo de Morales Chávez: Atención odontológica a pacientes especiales: una realidad creciente, donde este afirma que estos pacientes tienen mayor riesgo de contraer enfermedades bucales. ⁽¹⁷⁾

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 3.6. Afecciones bucales y extrabucales según edad de los pacientes que acuden a consulta de atención temprana, municipio Palmira 2020 - 2021.

[illegible]

Fuente: Anexo 7: Historia clínica individual

Dentro de las afecciones bucales se obtuvieron 6 pacientes con caries dental que representaron el 15.00%, 4 pacientes con enfermedad periodontal que corresponden a dos niños de 3 años con gingivitis crónica marginal edematosa uno la presentó generalizada y el otro localizada en el sector anteroinferior, los otros dos pacientes de 4 años presentaron gingivitis crónica marginal fibroedematosa localizada en el sector anteroinferior, están presentes la misma cantidad de pacientes con maloclusiones que corresponden a dos niñas de dos años que producto de hábitos deformantes como la succión digital y el uso del biberón ya presentaban desde edades tempranas una mordida abierta anterior simple, y dos niñas de 3 años que a pesar de tener una relación de caninos y molares adecuadas y favorables productos de hábitos deformantes como uso del biberón y empuje lingual los dientes están un poco desalineados, 4 casos que pueden ser reversibles si se erradican los hábitos y se continúa el seguimiento.

Otras afecciones bucales encontradas fueron 2 pacientes con hipoplasia del esmalte que representaron el 5.00%, 1 intervenido por paladar fisurado que representó el 2.50%.

Dentro de las afecciones extrabucales el valor más representativo fue el número de pacientes con disfunción neuromuscular para un total de 16 que representaron el 40.00%, se detectaron 4 pacientes con asimetría facial bastante leve como



ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

resultado de hábitos posturales incorrectos que puede ser reversibles si se eliminan los mismos y se sigue al paciente.

Estos resultados coincidieron con lo afirmado por Ots Rigual⁽⁷⁾ en su estudio: Pacientes especiales y con el estudio de Morales Chávez⁽¹⁷⁾: Atención odontológica a pacientes especiales: una realidad creciente donde exponen gran parte de estas afecciones expuestas anteriormente.

Tabla 3.7. Necesidad de tratamiento en el nivel primario según edad de los pacientes que acuden a consulta de atención temprana, municipio Palmira 2020 - 2021.

Necesidades de tratamiento	Edades													
	0 (n=9)		1 (n=10)		2 (n=10)		3 (n=6)		4 (n=2)		5 (n=1)		6 (n=2)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Promoción de salud	9	100.00	10	100.00	10	100.00	6	100.00	2	100.00	1	100.00	2	100.00
EPDCB	9	100.00	10	100.00	10	100.00	6	100.00	2	100.00	1	100.00	2	100.00
Aplicación de laca flúor	0	0.00	0	0.00	10	100.00	6	100.00	2	100.00	1	100.00	2	100.00
Aplicación de enjuagatorios fluorados	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	2	100.00
Mioterapia	3	33.33	2	20.00	7	70.00	2	33.33	1	50.00	0	0.00	1	50.00
Restauraciones	0	0.00	0	0.00	2	20.00	0	0.00	2	100.00	0	0.00	2	100.00
Periodoncia	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	33.33	1	50.00	0	0.00	1	50.00
Ortodoncia	0	0.00	0	0.00	2	20.00	2	33.33	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Prótesis	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00

Fuente: Anexo 7: Historia clínica individual

El 100% de los pacientes de una forma u otra necesitan actividades de Promoción de Salud, el examen del precoz diagnóstico del Cáncer Bucal se le debe realizar a los 40 pacientes.

A 21 pacientes debe aplicársele laca flúor representando el 52.50%, mientras que los enjuagatorios fluorados se necesitan en el 7.50% de los pacientes, el 40.00% de los pacientes lleva mioterapia y el 15.00% restauraciones, dentro de las necesidades de atención por especialidades en el nivel primario la ortodoncia y la periodoncia fueron necesitadas en 4 pacientes cada una y la rehabilitación protésica no fue necesitada.

No hubo necesidad de atención en el nivel secundario.

Este estudio difiere con el realizado por Deysi Suárez Zafra⁽²⁹⁾: Necesidad de tratamiento estomatológico en niños discapacitados de La Habana, donde predominó el tratamiento conservador y en este estudio las principales necesidades



ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

están en la promoción y prevención, aunque también se necesitan tratamientos conservadores y de ortodoncia y periodoncia en el nivel primario.

Tabla 3.8. Grado de satisfacción de los padres o tutores con la atención estomatológica brindada a los pacientes según edad que acuden a consulta de atención temprana, municipio Palmira 2020 - 2021.

Grado de Satisfacción	Grupo de edades												Total			
	0 (n=9)		1 (n=10)		2 (n=10)		3 (n=6)		4 (n=2)		5 (n=1)				6 (n=2)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Satisfecho	0	0.00	2	20.00	1	10.00	1	16.67	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	10.00
Medianamente satisfecho	9	100.00	8	80.00	9	90.00	5	83.33	1	50.00	1	100.00	1	50.00	34	85.00
Insatisfecho	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00	1	50.00	2	5.00

Fuente: Anexo 8: Encuesta de satisfacción

A los padres o tutores que acudieron a la consulta se les permitió manifestar su grado de satisfacción con la atención estomatológica de sus hijos. La gran mayoría de los padres o tutores legales se encontraban medianamente satisfechos con la atención estomatológica recibida, representaron el 85.00% del total, solo 4 estuvieron satisfechos representando el 10.00%, y 2 se encontraban insatisfechos que representaron el 5.00%.

Las insatisfacciones se relacionaron mayormente con la poca orientación recibida por los padres, muchos manifestaban el desconocimiento del mayor riesgo que presentan sus hijos de padecer enfermedades estomatológicas, desconocían los cuidados bucales que debían tener con ellos, las graves afectaciones que pueden provocar hábitos bucales higiénicos y dietéticos incorrectos, así como los daños producidos por los hábitos deformantes.

Este estudio difiere del realizado por Deysi Suárez Zafra⁽³⁰⁾: Salud bucal y determinantes de estado salud en niños con discapacidad intelectual. Municipio Playa. 2019, donde la mayoría de los padres estuvieron satisfechos con la atención estomatológica recibida por sus niños discapacitados.



ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

3.3. Resultados Obtenidos

- 1- Predominó el sexo femenino representando un 57.50 % del total de los pacientes, las edades predominantes fueron 1 y 2 años con 10 paciente cada una que representaron en total el 50.00%.
- 2- Predominaron los niños que se atienden en el hogar (NAHO), con un total de 23 pacientes que representan el 57.50%.
- 3- El retardo en el desarrollo psicomotor fue la causa más común de asistencia a la consulta de atención temprana con un total de 12 pacientes que representaron el 30.00%.
- 4- El 100.00% de los pacientes tenían como factor de riesgo la Deficiente Higiene Bucal siendo este el más predominante.
- 5- Predominaron los pacientes enfermos con un total de 25 que representan el 62.50%.
- 6- Dentro de las afecciones extrabucales el valor más representativo lo obtuvo la disfunción neuromuscular con un total de 16 pacientes que representan el 40.00%, y dentro de las afecciones bucales predominó la caries dental con un total de 6 pacientes que representaron el 15.00%.
- 7- La necesidad de tratamiento estuvo en el nivel primario, el 100% de los pacientes de una forma u otra necesita actividades de Promoción de Salud, el examen del precoz diagnóstico del Cáncer Bucal se le debe realizar a los 40 pacientes. No hubo necesidad de tratamiento en el nivel secundario.
- 8- La gran mayoría de los padres o tutores legales se encontraban medianamente satisfechos con la atención estomatológica recibida anteriormente.

Conclusiones y recomendaciones

CONCLUSIONES

Conclusiones.

Los pacientes que acuden a la consulta de atención temprana presentando trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos están más predispuestos a las enfermedades bucales o asociadas a la cavidad bucal, lo que se demuestra en esta investigación donde el mayor número de pacientes se encontraban enfermos y necesitaban tratamiento estomatológico, presentaban un número elevado de factores de riesgo que constituyen agravantes de la salud bucal.

Se concluye que, es necesaria la integración estomatológica a esta consulta, y una vez lograda la misma el estomatólogo debe contar con un programa de estimulación, asesoramiento y seguimiento de la evolución, crecimiento y desarrollo de la salud orofacial de tales infantes lo que permitirá conocer permanentemente las necesidades de salud de este grupo particular, según condiciones de vida, garantizando de esta manera la vigilancia epidemiológica, el mejoramiento continuo del estado de salud bucodental y la elevación de la calidad de vida.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones.

Los planteamientos abordados en esta investigación no deben pasarse por alto, son pacientes con alto riesgo y se puede mejorar su calidad de vida, por lo que se recomienda:

Dar continuidad a esta tesis, realizando una propuesta integradora de atención estomatológica en la consulta de atención temprana, además de continuar las evaluaciones estomatológicas en dichas consultas.

Referencias Bibliográficas

Referencias Bibliográficas

1. Di Nasso P. Odontología en bebés y niños vulnerables. Rev nac odontol Mex [Internet]. mayo de 2008 [citado 2 de febrero de 2020];2(4). Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=55641&pagina=1>
2. Gutiez Cuevas P, Ruiz Veerman E. Orígenes y Evolución de la Atención Temprana - una Perspectiva Histórica de la Génesis de la Atención Temprana en Nuestro País. Agentes Contextos y Procesos. Psicología Educativa [Internet]. 18 de diciembre de 2012;18(2):107-22. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/psed/art/ed2012a12>
3. Moscardini Vilela M, Díaz Huamán S, De Rossi M, Nelson-Filho P, De Rossi A. Odontología para bebés: una posibilidad práctica de promoción de salud bucal. Rev Odontopediatr Latinoam [Internet]. 10 de mayo de 2017 [citado 5 de marzo de 2020];7(2). Disponible en: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/139>
4. Calcagno LE. Odontopediatría en pacientes con discapacidad [Internet]. Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires (FOPBA). 2017 [citado 5 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.fopba.org.ar/component/content/article?id=362:odontopediatria-en-pacientes-con-discapacidad>
5. Barrios Lares RM. Integración del equipo multidisciplinario en la promoción de salud bucal para niños de alto riesgo y con necesidades especiales. Rev Odontopediatr Latinoam [Internet]. 2018 [citado 16 de abril de 2020];8(2):166-78. Disponible en: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/154>
6. Sosa M, Toledo T, Barciela M de la C, García M, Rojo M, Morgado DE, et al. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral. La Habana, Cuba: ECIMED; 2017.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. Ots Rigual J. Pacientes especiales [Internet]. Clínica Kranion. 2018 [citado 5 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.clinicakranion.com/pacientes-especiales>
8. Tan Castañeda N, Rodríguez Calzadilla A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. Rev Cubana Estomatol [Internet]. diciembre de 2001 [citado 16 de abril de 2020];38(3):181-91. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75072001000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Bastidas Gaete A. Formación de profesionales en Atención Temprana: hacia un modelo centrado en la familia [Internet] [tesis de maestría]. [Santiago de Chile, Chile]: UCINF; 2019 [citado 4 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ugm.cl/handle/12345/1805>
10. Martínez EP. Evolución histórica de la Atención temprana. AE [Internet]. 30 de junio de 2020 [citado 20 de abril de 2021];22(1):318-37. Disponible en: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ADE/article/view/5057>
11. Grupo de Atención Temprana. Libro Blanco de la Atención Temprana. 3ra ed. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía; 2005.
12. González Enríquez RM, Molina Rodríguez Y, Otero Pérez IC, Ramos Diegues Médico Fisiatra M de J, Bertua Montero M, Pargas Batistas Y, et al. Atención Temprana en la Provincia de Cienfuegos [Internet]. Infomed. 2008 [citado 5 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/rehabilitacion-temprana/temas.php?idl=131&idv=20923>
13. Cuales son los los objetivos de la Atención Temprana [Internet]. 2016 [citado 25 de abril de 2021]. Disponible en: <http://apatlorca.org/cuales-son-los-los-objetivos-de-la-atencion-temprana/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

14. Oriola JCB. Niveles de desarrollo de la Atención Temprana. Revista Española de Discapacidad (REDIS). 2016;4(1):219-24.
15. Atención Temprana: definición y objetivos [Internet]. Divulgación Dinámica | Cursos Online y Formación a distancia. 2017 [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.divulgaciondinamica.es/blog/atencion-temprana/>
16. Odontopediatra: La importancia de acudir al dentista infantil [Internet]. Caredent Albacete. 2018 [citado 5 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.caredentalbacete.com/odontopediatra-la-importancia-de-acudir-al-dentista-infantil/>
17. Morales Chávez MC. Atención odontológica a pacientes especiales: una realidad creciente. Acta Odontol Venez [Internet]. 2012 [citado 5 de marzo de 2020];50(1). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/1/art-22/>
18. Marchena Rodríguez L, Fernández Ortega CM. Atención odontológica a pacientes discapacitados [Internet]. REDOE - Revista Europea de Odontoestomatología. 2015 [citado 6 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=219>
19. Valdés Álvarez R. Manual de Odontopediatría. 2.^a ed. La Habana, Cuba: ECIMED; 2016. 243-262 p.
20. Rodríguez García NM, Horta Muñoz DM, Vences Reyes N. Tratamiento de hábitos deformantes bucales en niños de 4 a 13 años con auriculoterapia. AMC [Internet]. diciembre de 2017 [citado 16 de abril de 2020];21(6):740-52. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552017000600007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Significado de Programa [Internet]. Significados.com. 2018 [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.significados.com/programa/>
22. Equipo de expertos. Programas de salud concepto, fases y ejemplos [Internet]. VIU Universidad Internacional de Valencia. 2018 [citado 4 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.viu.edu/es/programas-de-salud-concepto-fases-y-ejemplos>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 2021]. Disponible en: <https://www.universidadviu.com/int/actualidad/nuestros-expertos/programas-de-salud-concepto-fases-y-ejemplos>
23. Grande Fariñas PB. Estudio de la coordinación interinstitucional e interdisciplinar en atención temprana en la Comunidad de Madrid: la experiencia del programa marco de coordinación de Getafe [Internet] [tesis doctoral]. [Madrid, España]: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación, Departamento de Didáctica y Organización Escolar; 2010 [citado 3 de junio de 2020]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/13202/>
24. Carballal Mariño M, Gago Ageitos A, Ares Alvarez J, del Rio Garma M, García Cendón C, Goicoechea Castaño A, et al. Prevalencia de trastornos del neurodesarrollo, comportamiento y aprendizaje en Atención Primaria. An Pediatr (Barc) [Internet]. 1 de septiembre de 2018 [citado 18 de abril de 2021];89(3):153-61. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es-prevalencia-trastornos-del-neurodesarrollo-comportamiento-articulo-S1695403317304174>
25. González Carrazana. YA, Guerra Domínguez. E, Cedeño Reyes. AC, Pérez Marín. D, Valdés Madrigal. I. Caracterización de pacientes ingresados en consulta de atención temprana. Policlínico Jimmy Hirzel, 2018. Multimed [Internet]. abril de 2020 [citado 18 de abril de 2021];24(2):278-95. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-48182020000200278&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. Díaz S. Bruxismo infantil: por qué mi hijo aprieta y rechina los dientes mientras duerme, y qué consecuencias tiene [Internet]. Bebés y más. 2019 [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/salud-infantil/bruxismo-infantil-que-mi-hijo-aprieta-rechina-dientes-duerme-que-consecuencias-tiene>
27. Israel M. Mi bebé rechina los dientes: por qué pasa y qué hacer. La Nación [Internet]. 3 de julio de 2018 [citado 22 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/lifestyle/mi-bebe-rechina-los-dientes-por-que-pasa-y-que-hacer-nid2149879/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

28. Mamani Cori V, Padilla Cáceres TC. Riesgo estomatológico e impacto de las afecciones bucales en la calidad de vida de preescolares del ambito rural en Puno. *Odontol Pediatr* [Internet]. 2016 [citado 18 de abril de 2021];15(2):108-15. Disponible en: <http://op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/59>
29. Suárez Zafra D, Villar Francois G, Suárez Vázquez B, Francois Ramírez M de la C, Estrada Sánchez GG, Suárez Zafra D, et al. Necesidad de tratamiento estomatológico en niños discapacitados de La Habana. *Rev inf cient* [Internet]. agosto de 2018 [citado 18 de abril de 2021];97(4):798-809. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-99332018000400798&lng=es&nrm=iso&tlng=es
30. Suárez Zafra D, Morales Navarro D, Soublet Villata MC, Guillaume Ramírez V, Estrada Sánchez GG. Salud bucal y determinantes de estado de salud en niños con discapacidad intelectual. Municipio Playa. 2019. [Internet]. *Estomatologia2020*. 2020 [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/465>
31. Biblioguías: Citas y elaboración de bibliografía: el plagio y el uso ético de la información: Estilo Vancouver [Internet]. Biblioguías UAM. [citado 7 de octubre de 2020]. Disponible en: https://biblioguías.uam.es/citar/estilo_vancouver
32. Ruiz JB, Lara AB. Guía para la elaboración de las citas y referencias bibliográficas según las Normas Vancouver para los trabajos de investigación en la Universidad Santa Paula. *Rev Ter* [Internet]. 30 de julio de 2019 [citado 18 de abril de 2021];13(2):83-9. Disponible en: <https://www.revistaterapeutica.net/index.php/RT/article/view/71>
33. de Luzuriaga Peña MR. Guía para citar y referenciar. Estilo Vancouver [Internet]. Navarra, España: Universidad Pública de Navarra; 2016 [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/317388406_Guia_para_citar_y_referenciar_Estilo_Vancouver

Anexos

ANEXOS

Anexo 1: Aval del director de la institución

AVAL DEL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN

UNIDAD EJECUTORA PRINCIPAL.

El que suscribe: _____, hago
constar que estoy de acuerdo que nuestra institución participe en condición de
institución ejecutora en el proyecto de investigación titulado:

de la autora:

Se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de problemas del
centro, y principales problemas de salud del territorio, que tiene como propósito
obtener resultados científicos, económicos y/o sociales:

Científicos: _____

Social: _____

Económico: _____

Y para que así conste firmo el presente documento conjuntamente con el jefe del
proyecto a los ____ días del mes de _____ del 20 ____

Director de la Entidad Ejecutora

Jefe del Proyecto

ANEXOS

Anexo 2: Solicitud de autorización

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

A: Dr. (a)

Jefa del Equipo de trabajo de la consulta de atención temprana.

De: Arlette Fernández Valero. Residente de primer año de Estomatología General Integral.

Teniendo en consideración el programa curricular elaborado para la Especialidad Estomatología General Integral, que incluye dentro de sus actividades, la realización de un trabajo de tesis para la culminación de la misma, además de la nueva estrategia de formación doctoral me dirijo a usted con el propósito de solicitar formalmente la autorización para realizar la investigación donde estaré en contacto con la consulta de atención temprana.

Firmado a los ____ días del mes de _____ del 20 ____

Director del equipo de trabajo de la consulta de atención temprana.

ANEXOS

Anexo 3: Dictamen del comité de ética de la investigación

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Nombre de la Institución:

Los miembros del CEIC debajo firmantes, nombrado por la Resolución
_____, hemos revisado el proyecto de investigación:

de _____ los
autores _____

_____ y encontrado que el mismo cumple con:

1. Los elementos esenciales que sustentan el problema científico. S ☐ N ☐ NP ☐
2. Los objetivos claramente enunciados. S ☐ N ☐ NP ☐
3. La sustentabilidad económica, social y ambiental. S ☐ N ☐ NP ☐
4. La descripción de las características del producto, equipo o materiales y métodos. S ☐ N ☐ NP ☐
5. Los anexos, encuestas, cuestionarios y modelos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
6. El procedimiento para el consentimiento informado. S ☐ N ☐ NP ☐
7. La evaluación del procedimiento de selección de los sujetos. S ☐ N ☐ NP ☐
8. La información sobre el manejo ético de los animales de laboratorio. S ☐ N ☐ NP ☐
9. La información sobre las pruebas farmacológicas. S ☐ N ☐ NP ☐
10. La información sobre la toxicidad preclínica y clínica y reacciones adversas. S ☐ N ☐ NP ☐
11. El correcto diseño experimental y análisis estadístico. S ☐ N ☐ NP ☐
12. Los criterios de diagnóstico, inclusión, exclusión, interrupción del tto. y salida. S ☐ N ☐ NP ☐
13. La definición y evaluación objetiva de las variables. S ☐ N ☐ NP ☐
14. La información sobre el balance los beneficios esperados y los riesgos. S ☐ N ☐ NP ☐
15. La información sobre los recursos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
16. La competencia científica de los investigadores. S ☐ N ☐ NP ☐
17. La bibliografía adecuada. S ☐ N ☐ NP ☐
18. Las normas de buena práctica clínica S ☐ N ☐ NP ☐
19. El diseño del proyecto en formato CITMA. S ☐ N ☐ NP ☐
20. La información sobre el cálculo económico. S ☐ N ☐ NP ☐
21. La conducta a seguir ante los eventos adversos u otros daños. S ☐ N ☐ NP ☐

Leyenda: S = Sí, N = No, NP = No procede.



 No aprobarlo

Dado en _____, a los _____ días del mes de _____
de 200__.

[illegible]



ANEXOS

Anexo 4: Declaración jurada del tutor

DECLARACIÓN JURADA DEL TUTOR

Yo:

_____, con categoría docente
_____.

Certifico como tutor(a) del trabajo titulado:

_____.

_____, que asumo el cumplimiento y desarrollo de la investigación así
como el asesoramiento científico metodológico al residente.

Autora:

Y para que así conste firma la presente:

Nombres y Apellidos del tutor.

Firma y Cuño

ANEXOS

Anexo 5: Aval del consejo científico

AVAL DEL CONSEJO CIENTÍFICO

El Consejo Científico de _____ después de analizar, y
discutir el proyecto titulado _____

_____ presentado por su autor principal _____

donde participan como otros autores, _____

_____, ha
decidido aprobar el mismo en la sesión desarrollada el día ____ de ____ del
año ____ quedando en acta según acuerdo No ____ por presentar rigor científico,
con una metodología adecuada a los objetivos que se propone y estar en
correspondencia con las líneas de investigación a desarrollar, según las
necesidades de la institución.

Se avala el mismo para su participación en las:

Proyecto Institucional _____.

Proyecto TTR _____

Proyecto TTM _____

Dado en Cienfuegos a los ____ días del mes de _____ de _____,

Atentamente,

Presidente del Consejo Científico

Firma _____

Cuño

ANEXOS

Anexo 6: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Dra. Arlette Fernández Valero, le solicito a usted su cooperación voluntaria para incluir a su familiar en la investigación que se desarrollará en esta consulta con el propósito de brindarle la atención estomatológica en caso de necesitarla.

Agradecemos su cooperación. Si le surge alguna duda puede realizar las preguntas que necesite.

Si ha comprendido lo anterior y está de acuerdo en formar parte de dicha investigación, le rogamos que nos indique.

Declaración de voluntariedad:

He comprendido el propósito de este estudio y acepto voluntariamente que mi familiar participe formando parte de la investigación.

Firma

ANEXOS

Anexo 7: Historia clínica individual

HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL

MOD. 4702-4 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ESTOMATOLOGÍA	HISTORIA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA		FECHA
UNIDAD:	CONSULTORIO No.	No. DE H. CLÍNICA	
PACIENTE: 1er. APELLIDO:	2do. APELLIDO:	NOMBRE:	
DIRECCIÓN:	SEXO: MAS () FEM ()	ESCOLARIDAD:	
EDAD:	HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL		
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS (Personal-Familiar) Hemorragias reacc- ción a Medicamentos. HÁBITOS Succión Lengua Proctali. Cepillado Bruxismo, Tabaquismo Café, Alcohol y otros EXAMEN BUCAL (Señalar Afectaciones) EXAMEN FÍSICO General (Piel y Mucosas, Hábito Externo)			

ASIMILADO AL DENTIGRAMA	
DERECHO 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 65 64 63 62 61 71 72 73 74 75 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 IZQUIERDO	DIAGNÓSTICO: PLAN DE TRATAMIENTO:

ANEXOS

Anexo 8: Encuesta de satisfacción de la atención estomatológica

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

Estimado usuario:

Los resultados de esta encuesta serán importantes en las acciones que se ejecutan para el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud. No es necesario que ponga su nombre.

Mucho agradeceríamos que marque con una X las opciones de respuestas que se ofrecen a continuación, de acuerdo a la satisfacción que le produjeron. Esperamos su colaboración.

Edad de su hijo(a) 0___ 1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6___

¿Se le ha informado alguna vez que su hijo(a) presenta mayor riesgo de presentar alteraciones bucales?

Sí___ No___

¿Su hijo(a) ha recibido atención estomatológica alguna vez?

Sí___ No___

¿Cómo se ha sentido usted con el servicio que se le brindó?

Satisfecho___ Medianamente Satisfecho___ Insatisfecho___

¿Desearía exponer algunas sugerencias o algún comentario de tipo general acerca de la atención que ha recibido en el Servicio:

Provincia_____

Municipio_____

Área de salud_____

Consultorio_____