

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD CIENCIAS MÉDICAS DE CIENFUEGOS



Policlínico Universitario Mario Muñoz Monroy Municipio Abreus

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE LA
GINGIVITIS CRÓNICA EN PACIENTES DISCAPACITADOS.
ESCUELA ESPECIAL “CAMILO CIENFUEGOS”. ABREUS
2020.**

Proyecto en opción al título de especialista de primer grado en
Estomatología General Integral

Autor: Dra. Daniela Bárbara Paradela Miguel.

Tutor: Dra Julia R. Fuguet Boullon.

Cienfuegos 2021

RESUMEN

Introducción: la gingivitis crónica se caracteriza por una respuesta inflamatoria de los tejidos de protección del diente, estando asociada a la deficiente higiene bucal y al acumulo de la placa dentobacteriana, entre otros factores. **Objetivo:** determinar las características clínico epidemiológicas de la gingivitis crónica en pacientes de la escuela especial “Camilo Cienfuegos”. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el periodo enero-diciembre del 2020. El universo estuvo constituido por 68 pacientes discapacitados intelectuales que presentan gingivitis crónica que cumplieron con los criterios de inclusión y teniendo en cuenta las consideraciones éticas. Se utilizaron métodos empíricos como el análisis documental y la observación; de diagnóstico; estadístico, la estadística descriptiva. Las variables fueron la edad, sexo, nivel de escolaridad, tipo de retraso mental, factores de riesgo y gingivitis crónica según sus clasificaciones. Los datos recopilados se ubicaron en tablas estadísticas diseñadas al efecto con Excel XP. **Conclusiones:** predominó el sexo masculino en las edades de 7 a 10 y 11 a 14 años respectivamente y el nivel secundario prevaleció sobre el primario. Dentro del grupo IV de clasificación sobresalieron los subgrupos leve y moderado. Los factores de riesgo que mostraron mayor representatividad fueron la deficiente higiene bucal y la placa dentobacteriana. La gingivitis crónica edematosa preponderó sobre las demás.

Palabras Clave: gingivitis crónica, factores de riesgo, discapacidad

ÍNDICE

Introducción.....	1
Marco Teórico.....	8
Diseño metodológico	18
Análisis y discusión de los resultados.....	24
Conclusiones	29
Recomendaciones.....	30
Referencias Bibliográficas	
Anexos	

INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal es una entidad patológica que va afectando progresivamente a los tejidos de soporte del diente, avanzando desde los más superficiales (encía) hasta los más profundos (hueso).

De las periodontopatías, los procesos inflamatorios son los más comunes, y dentro de ellas la gingivitis marginal crónica es la de más importancia epidemiológica por su alta frecuencia y reversibilidad. Esta alcanza mayor incidencia en niños, debido a que representa un estado inicial de la enfermedad periodontal.

La gingivitis constituye un proceso inmunoinflamatorio reversible de los tejidos blandos que rodean al diente sin dañar los tejidos periodontales de soporte. La incidencia va aumentando con la edad, asociada a deficiencias en la higiene bucal y a los cambios hormonales de la pubertad. ¹

La atención odontológica al paciente discapacitado va cobrando cada día más interés, en los profesionales de la salud; principalmente en aquellos que tienen una concepción integral de la misma.

La discapacidad puede considerarse como un fenómeno universal, que se manifiesta en las personas en algún momento de su vida, sobre todo en la ancianidad, a pesar de lo cual todavía su definición no es obra terminada, coexisten diferentes maneras de enfocarla y, con frecuencia, no es aceptada por quien la padece y sus allegados. Muchas veces permanece oculta por problemas de mayor magnitud, como la pobreza, que impiden o retardan el diseño y la aplicación de estrategias que permitan a esta gran masa de personas desarrollar sus capacidades y alcanzar la verdadera inclusión social, a la cual todos los seres humanos tienen derecho.¹

El 80% de los discapacitados de todo el mundo se concentran en los países de rentas bajas, donde tienen más dificultades para superar las barreras, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS destaca que 65 millones

de personas necesitan una silla de ruedas, a las que en los países pobres solo tienen acceso entre el 5 y el 15% de la población.²

La discapacidad aleja también a muchos niños del colegio en las regiones más desfavorecidas, especialmente en países del sudeste asiático como Camboya e Indonesia, de donde se dispone de datos más fiables, según la OMS.²

A nivel mundial, la cifra de personas que se considera discapacitada asciende a 650 millones, es decir, el 10% de la población.²

En los países más avanzados, la media de desempleo de los discapacitados dobla a la de las personas sin discapacidad.²

Según un sondeo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la mayoría de 114 países estudiados tenían políticas sobre acceso para discapacitados, pero a menudo éstas no se aplicaban.^{2,3}

El 54% de los países informaron no tener instalaciones para facilitar el acceso de los discapacitados por calles y lugares abiertos, y el 43% no tenía ninguna medida en edificios cerrados.⁴

La atención al paciente discapacitado en el mundo es un reto y no existe un programa, ni son considerados priorizados como en Cuba, no obstante, la prevalencia de discapacitados es alta en Estados Unidos por ejemplo en estudios realizados se sabe que la prevalencia de personas retrasadas mentales era de 1456, en la India de 2654, en países de América oscilaba entre en 26 y 30 por ciento de la población.^{5,6}

Se considera que a nivel mundial la mayoría de la población con discapacidades no recibe atención bucodental acorde a sus requerimientos. En Cuba, la Revolución ha priorizado la salud de los discapacitados, desarrollando programas en respuesta al Plan Nacional de Acción para la Atención a Discapacitados y creando institutos especializados para su atención. El programa actual de atención estomatológica integral a la población contiene acciones estomatológicas a desarrollar en los pacientes especiales. Para evitar la aparición o el agravamiento de los problemas estomatológicos preexistentes en estas personas se deben desarrollar actividades de promoción de salud y prevención integral intensiva, las cuales deben comenzar

desde la niñez y mantenerse en todas las etapas de la vida, conjuntamente con la aplicación de buenas prácticas clínicas.³

En la provincia de Cienfuegos la atención al paciente discapacitado cobra cada día más interés en los profesionales de la salud. Las entidades de Salud Pública establecen coordinaciones con las organizaciones bajo las cuales se agrupan los discapacitados, ACLIFIM (Asociación Cubana de Limitados Físicos y Motores), ANSOC (Asociación Cubana de Sordos e Hipoacústicos), ANCI (Asociación Cubana de Ciegos) y con las instituciones médicas encargada de los pacientes con retraso mental.²

La salud oral del paciente discapacitado, es un indicador de los cuidados odontológicos recibidos durante toda su vida. Al respecto, es claro que en estos momentos el estado y los servicios de salud vierten su tiempo y recursos en tratar de solucionar los problemas en este grupo de pacientes. La boca participa también en una de las etapas del desarrollo de la personalidad. La pérdida de los dientes anteriores, disminuye la autoconfianza por el solo hecho de no poder sonreír. La discapacidad refleja las consecuencias de la deficiencia en cuanto a capacidad funcional y actividad del individuo, y se define como toda restricción o ausencia (como resultado de una deficiencia) de capacidad para desplegar una actividad de la manera normal o dentro de los límites considerados normales para un ser humano. De todos los pacientes especiales, sin lugar a dudas, los que mayores necesidades odontológicas y estomatológicas demandan son las personas minusválidas. Se puede constatar que los minusválidos, en general, presentan asociadas varias patologías bucales, y una gran demanda de tratamiento, insatisfecho en la mayoría de los casos debido a que se le extraen dientes más a menudo porque no son restaurables o porque el estomatólogo elige la extracción en lugar del tratamiento conservador, debido a la dificultad en el manejo del paciente. La atención médico-estomatológica a pacientes especiales con enfoque familiar y enfoque de riesgo, tiene como punto de partida el diagnóstico de salud familiar y el plan de acción y ejecución, que constituyen los elementos esenciales para ejecutar las acciones de promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación o readaptación social.⁷

Antecedentes:

Los antecedentes de una investigación indican trabajos previos relacionados de una otra manera con los elementos que forman parte de un fenómeno de estudio, proporcionando elementos valiosos tanto desde el punto de vista teórico como metodológico.

Rueda Ventura ⁵ con el objetivo de determinar el estado de salud bucodental en niños con capacidades especiales realizaron un estudio observacional, prospectivo y transversal en el centro de atención múltiple no. 4, de Villahermosa, Tabasco. La población de estudio estuvo constituida por 48 infantes (19 del sexo femenino y 29 del sexo masculino) de edades entre 4-15 años. Resultados. El sexo femenino presento una media de dientes cariados de 4.6%, la de dientes obturados fue de 3.3%, de dientes perdidos temporales fue de 1%, dientes perdidos permanentes 1%, extracciones indicadas 6.5%. Sexo masculino: Cariados 5%, Dientes Obturados 2.25%, Dientes perdidos permanentes 2.5%, Dientes Presentes 26.6%, Extracciones indicadas 3.3%. El 62% presentó gingivitis y el 78% presentó PDB. El 37% presentaron algún tipo de maloclusión.

Chávez Taset⁶ realizó un estudio descriptivo analítico y transversal con los estudiantes de la Escuela Especial Fructuoso Rodríguez de Campechuela con retaso mental leve y moderado, en los meses de septiembre-octubre del curso 2015-2016 obteniendo los resultados siguientes: los estudiantes que presentaban un retraso mental leve representaron un 57.4% con los varones como mayor cantidad 37.7 %; el 100 % presentó gingivitis crónica, erupción tardía 82.0 %. Al realizar el examen físico extraoral las variables más representadas fueron los pacientes con perfil convexo 83.6 % y facie adenomatoide 31.1 %.

Oliveira ⁷ en un estudio descriptivo y transversal de 40 pacientes especiales con gingivitis crónica, atendidos en la consulta odontológica desde enero de 2016 hasta enero de 2017 reportó una frecuencia elevada de pacientes especiales con gingivitis crónica, principalmente del sexo masculino y del grupo etario de 15-19 años; predominando la higiene bucal deficiente, y la gingivitis crónica edematosa, con un grado de inflamación gingival moderada.

En un estudio descriptivo y transversal realizado por Zamora Tejeda⁸ en el Servicio de Estomatología del Policlínico Docente “Julián Grimaú García” de Santiago de Cuba, desde marzo de 2016 hasta enero de 2017, con vistas a caracterizar a los pacientes especiales se evidenció una frecuencia elevada de pacientes especiales con gingivitis crónica, principalmente del sexo masculino y del grupo etario de 10-14 años; también predominaron la higiene bucal deficiente y la gingivitis crónica edematosa, con un grado de inflamación gingival severo. La práctica inadecuada del cepillado dental, dada por la incapacidad intelectual de este tipo de paciente, favoreció la aparición de esta enfermedad.

Las deficiencias y las discapacidades pueden acarrear enfermedades estomatológicas o aumentar las necesidades asistenciales al nivel bucal. Los tratamientos medicamentosos a que están sometidos muchos de estos pacientes pueden aumentar el riesgo de patología bucodentaria (hipertrofias gingivales por hidantoínas, psicofármacos y otras). El grado de deterioro dental y gingival en ocasiones implica a tiempos prolongados de tratamiento, por lo que la familia los rehúsa.⁹

Sueiro Sánchez y colaboradores¹⁰ plantea al realizar un trabajo titulado Estado de salud bucal en pacientes discapacitados del área de salud de Espartaco, municipio Palmira, provincia de Cienfuegos que la salud bucal en el grupo estudiado fue deficiente, lo que pudiera estar dado porque tanto pacientes como familiares dan más importancia a la condición física como discapacitado que a la salud bucal.

En la literatura consultada es frecuente encontrar publicaciones referentes a los discapacitados sobre todo en España, pero pocas en Cuba y en Cienfuegos de esta ninguna pertenecen al municipio de Abreus.

Estas investigaciones presentan en común caracterizaciones del estado de salud bucal de los mismos muy general pero poco abarcadoras a lo que se refiere salud periodontal en este grupo de edades, cuestión esta que necesita ser resuelta por consenso en la comunidad científica de estos tiempos.

▪ **Fundamentación del estudio.**

Como es obvio, todo esto lleva a afirmar que la salud bucal de los discapacitados es más deficiente que la de la población normal, pues existe una prevalencia

universal de la enfermedad periodontal y una higiene bucal más pobre debido a diversos factores propios de la discapacidad.

- **Problema práctico.**

Por el aumento de pacientes discapacitados y/o especiales, lo importante del tema, motivado además por el desconocimiento de investigaciones anteriores en el municipio de Abreus, se decide realizar el presente trabajo con el propósito de describir como se manifiesta la gingivitis crónica en los pacientes de la Escuela Especial “Camilo Cienfuegos”, y de esta manera contribuir con el mejoramiento de la calidad en la atención integral que se les brinda.

- **Problema de investigación.**

¿Cuáles serán las características clínico epidemiológicas de la gingivitis crónica en pacientes discapacitados de la escuela especial Camilo Cienfuegos del municipio Abreus?

- **Objetivos.**

General.

Determinar las características clínico epidemiológicas de la gingivitis crónica en pacientes de la escuela especial “Camilo Cienfuegos” del municipio Abreus.

Específicos.

1. Caracterizar los pacientes especiales con gingivitis crónica según edad y sexo y nivel de escolaridad
2. Clasificar al paciente especial según discapacidad.
3. Identificar los factores de riesgo asociados a la gingivitis crónica.
4. Determinar el grado de inflamación gingival de los pacientes especiales.

Justificación

La investigación se relaciona con los objetivos 2, 3 y 4 del Programa Nacional de Atención Estomatológica a la Población que plantean: “Incrementar la población sana mediante acciones de promoción de la salud sobre el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente en todos los niveles de atención”, “disminuir la morbilidad de enfermedades bucodentales mediante acciones de prevención en todos los

niveles de atención” y “realizar acciones de curación en todos los niveles de atención”.¹

El estudio está en correspondencia con los Lineamientos 127 y 130 de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2016 - 2021, aprobado en el 7mo Congreso del Partido en abril de 2016 y por la Asamblea Nacional del Poder Popular en julio de 2016 que plantean: “Fortalecer las acciones de salud con la participación intersectorial y comunitaria en la promoción y prevención para el mejoramiento del estilo de vida, que contribuyan a incrementar los niveles de salud de la población” y “Consolidar la enseñanza y el empleo del método clínico y epidemiológico y el estudio del entorno social en el abordaje de los problemas de salud de la población, de manera que contribuyan al uso racional y eficiente de los recursos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades”.¹¹ Este trabajo fue la primera investigación en el municipio Abreus que permitió acumular evidencias de los pacientes especiales, para una mejor atención en el nivel primario.

MARCO TEÓRICO

El paciente discapacitado deficiente o como más modernamente se llaman PACIENTES ESPECIALES, son aquellos que, por largos periodos de tiempo, por condiciones físicas o mentales están limitados de una participación completa en las actividades normales de su grupo de edades, incluyendo aquellas de naturaleza social, recreativa, educacional y vocacional.¹

Clasificación por grupos.

- Grupo I. Pacientes con enfermedades crónicas degenerativas.
- Grupo II. Pacientes con enfermedades que provocan déficit motor.
- Grupo III. Pacientes con enfermedades que provocan déficit sensorial.
- Grupo IV. Pacientes con retraso mental: Son aquellas personas que presenten desarrollo anormal de los problemas psíquicos fundamentales, los cognoscitivos superiores, o sea, los que tienen defectos estables de su actividad cognoscitiva (percepción, procesos voluntarios de la memoria, pensamiento lógico-verbal, lenguaje, y otras), a consecuencia de una lesión orgánica cerebral.¹

Grupo IV Clasificación Cubana. ³

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

Causas

El retraso es una condición que puede ocurrir en cualquier familia sin predilección de raza, etnia, educación o nivel socioeconómico. Este puede ser causado por cualquier condición que dañe el desarrollo del sistema nervioso antes, durante o después del nacimiento. Suele aparecer simultáneamente con un complejo de discapacidades que comprenden trastornos de la función general, alteraciones de los sentidos, oídos y vista y diferentes problemas médicos. Las tres causas más conocidas son síndrome de Down, síndrome alcohólico fetal y síndrome de cromosoma X frágil. ¹²

Entre las causas que provocan el retraso mental cultural se diferencian:

1- Prenatales:

Trastornos. Hereditarios o genopatías, anomalías genéticas o accidentes intrauterinos

2- Perinatales:

Hipoxia durante el parto, convulsiones intrauterinas o prematuridad

3- Postnatales:

Encefalitis, varicela, meningitis, malnutrición extrema. ¹³

La mayoría de los autores plantean que en las personas con discapacidad mental se presentan numerosos problemas de salud bucal, provocados por varios factores de riesgo, como deficiente higiene bucal, consumo de dieta cariogénica rica en azúcares, inducida por los padres, dieta blanda, dificultades para el tratamiento y pobre educación higiénico sanitaria. La proporción de la caries dental en ellos es superior que, en los pacientes normales, el estado periodontal pobre y los problemas bucales más severos por las anomalías dentales que presentan. Desde edades muy tempranas, las alteraciones gingivales son más frecuentes, extensas, y se desarrollan más rápido que en niños normales. La severidad aumenta con la edad y el grado de retraso mental. ¹

Patologías bucales más frecuentes en pacientes con retraso mental ³

- Caries Dental
- Malformaciones de dientes y maxilares
- Arcos dentales angostos, largos, con paladares profundos en los pacientes con parálisis cerebral, sobre todo en los atetósicos.
- Maloclusión grave, con agenesia y macroglosia, fundamentalmente en enfermos con Síndrome de Down.
- Complicaciones en la deglución y el habla.
- Dientes y huesos hipocalcificados.
- Encías hiperplásicas e inflamadas, sobre todo en los respiradores bucales y epilépticos.
- Encías hiperplásicas en los pacientes con tratamiento con Defenilhidantoína.
- Bruxismo.

- Cálculo supra y subgingival
- Periodontopatías severas.
- Terceros molares retenidos y semirretenidos.
- Infecciones micóticas.
- Sepsis oral generalizada y quistes periodontales.
- Podemos observar una deficiente higiene buco dentaria con elevados índices de placa, gingivitis y presencia de cálculo, así como la alta prevalencia de enfermedad periodontal.
- Los pacientes que están tomando psicofármacos pueden presentar pérdidas importantes en la tasa de flujo salival durante largos períodos de tiempo, lo que favorecerá la aparición de caries rampantes, afecciones gingivales y de otros tejidos blandos.
- Pueden aparecer anomalías en la morfología dentaria y en el patrón eruptivo como hipoplasias de esmalte o una erupción retrasada; un paladar alto con hipoplasia maxilar
- Maloclusiones con tendencia a clase III de Angle.
- Mordida abierta.
- Retención en la dentición temporal.

Otros autores afirman que el retraso mental se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones en dos o más de las habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. Es una condición muy frecuente, que afecta al 1% de la población. La mayoría de los casos (retraso mental leve) no presentan alteraciones fenotípicas ni biológicas, por lo tanto, no pueden ser diagnosticados en la entrevista y examen clínico normales, sino con test de inteligencia.¹²

Dentro de las discapacidades mentales, el síndrome de Down es el que más prevalece. A nivel oral estos pacientes presentan varias características que los distinguen, macroglosia en asociación con lengua fisurada, escrotada o lobulada, respiración bucal que provoca sequedad de las mucosas, estomatitis y queilitis angulares por emisión constante de saliva y salida por las comisuras. Alteración en

la erupción dentaria, microdoncia, formación defectuosa del esmalte, manchas intrínsecas en los dientes por consumo de tetraciclinas en la infancia por infecciones de garganta recurrentes.¹³

Alta prevalencia de maloclusiones como, mordida cruzada posterior, clase III por insuficiente desarrollo del maxilar superior y protrusión mandibular, el 45 % presenta clase I. En los Down la incidencia de caries es baja con respecto a otros grupos de deficientes psíquicos. Existe alta susceptibilidad a la enfermedad periodontal y baja predisposición a contraer caries. Algunos de ellos padecen cardiopatías congénitas con afección valvular por lo que es necesaria la prevención de la endocarditis bacteriana a la hora de su atención.¹⁴

Milano plantea que el tratamiento estomatológico al paciente con retraso mental la prevención es la consideración más importante, la cual 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 salud.¹⁵

En la actualidad, a la luz de los nuevos métodos y enfoques psicológicos y psicopedagógicos, la mayoría podrían ser atendidos en consultorios comunes, donde se atienden otros pacientes o sus familiares.

Salud oral de los pacientes con retraso mental

El mantener una salud oral pobre puede traer efectos adversos en la calidad de vida al individuo, causando dificultades en la alimentación, habla, autoestima, actividades diarias y por supuesto causar dolor; por ello la salud oral debe ser prioridad para cualquier persona. Por sus capacidades psicológicas, su poca destreza intelectual y manual los pacientes con retraso mental resultan ser muy susceptible a enfermedades bucales y traumatismos orales.¹⁶

Caries Dental

La caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Según la

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998) la caries dental es la enfermedad bucodental más frecuente en algunos países asiáticos y latinoamericanos. Aunque existe la creencia de que esta enfermedad dejó de ser un problema de salud en países desarrollados, afecta entre un 60 y 90% a sus escolares. También menciona que aproximadamente cinco mil millones de personas en el mundo han padecido caries dental.

Para los millones de personas en el mundo con RM y SD, el cuidado dental no es generalmente una prioridad, las complicaciones médicas de las que no escapa esta población, son tomadas en cuenta con mayor interés por los familiares y por las autoridades de salud. La atención bucodental es la única necesidad aún no cubierta en el tratamiento integral y rehabilitación de los pacientes con RM tanto en calidad como en cantidad. Los problemas dentales se encuentran entre las diez primeras causas que limitan la actividad de estas personas entre ellos la caries dental; pérdida dentaria y la enfermedad periodontal son las afecciones más frecuentes en esta población. ¹⁷

Enfermedad periodontal

Los problemas buco dentales de la humanidad se remontan a tiempos muy lejanos por lo que se puede afirmar que han sido compañeros inseparables de nuestros antepasados desde hace millones de años.

La enfermedad periodontal y los trastornos bucofaciales de otra índole constituyen problemas singulares en la asistencia médica y odontológica de personas con discapacidad. Estas enfermedades suelen ser crónicas y por ello complican durante toda la vida a otros problemas mentales o físicos incapacitantes.

Las periodontopatías son consideradas un conjunto de alteraciones en la fisiología de los tejidos que rodean y soportan los dientes. Es una entidad indolora que puede asumir varias formas, presentando diversos grados de severidad que serán resultado de la virulencia, cantidad y frecuencia de las agresiones ambientales locales, modificadas por la resistencia y los factores reparadores; interviniendo otros factores sistémicos que son capaces de modificar la respuesta a los irritantes locales y afectan directamente la micro vascularización de la encía.

Se pueden categorizar como gingivitis: que es la inflamación de la encía, con un cambio de coloración a rojizo, de aspecto liso y brillante, y consistencia blanda; y a periodontitis: que es la inflamación gingival acompañada de pérdida de la inserción de tejido conectivo. La gingivitis es considerada una forma inicial de la enfermedad periodontal, puede convertirse en una periodontitis, incrementando su severidad en base a la combinación de factores como la falta de cepillado. ⁷

Maloclusiones

La prevalencia de maloclusiones es aproximadamente el doble que la población en general. Los pacientes con discapacidad física o psíquica, suelen tener respiración bucal, succión digital e interposición lingual. Debido a la falta de masticación, los pacientes Autistas suelen presentar apiñamiento dentario; los pacientes con Parálisis Cerebral desarrollan mordidas abiertas anteriores severas. Así los niños con el Síndrome de Down presentan los maxilares hipoplásicos o que les ocasiona maloclusiones, siendo la más común la Clase III de Angle, seguido de la Clase I de Angle; que ocasiona apiñamiento, mordida abierta anterior o cruzada. ¹⁸

Lesiones en tejidos blandos

El epitelio de la mucosa bucal se puede ver alterado por múltiples factores locales y sistémicos, observándose alteraciones en sus características clínicas y microscópicas, las enfermedades o alteraciones que comprometen la mucosa bucal y la orofaríngea son por lo general, accesibles a la inspección visual directa y por lo tanto fácil de reconocer y pesquisar en un examen clínico de rutina.

Los pacientes infantes y adolescentes pueden desarrollar diversas lesiones a nivel de la cavidad bucal y peribucal, las cuales llegan a ser sintomáticas, algunas veces asociadas a un grado de incomodidad para el menor y muestran un patrón recurrente, por lo que requieren un diagnóstico temprano y tratamiento acorde con el padecimiento presente. ¹⁹

El manejo clínico-odontológico de estos pacientes en general dependerá del nivel de retraso mental y de la patología.

Atención al paciente discapacitado ²

- Tratamiento convencional. Se brinda en las clínicas y servicios estomatológicos de las áreas de salud a los pacientes con retraso mental que

cooperen en la atención y que clasifiquen en los grupos de fronterizo, ligero y moderado.

- Tratamiento No convencional. Realizado bajo anestesia general, se brindará en los servicios hospitalarios creados para esta atención y se aplicará a los pacientes con retraso mental severo y profundo, y aquellos de otras categorías que no cooperen.

En todos los servicios estomatológicos se trabaja para eliminar las barreras arquitectónicas existentes que dificulten el acceso de los pacientes con discapacidad física a recibir la atención. Cuando ello no fuese posible se coordinará la atención por su estomatólogo, en alguna unidad cercana, o en su propio hogar. ⁵

Prevención de las enfermedades bucales en pacientes especiales

1. Métodos físicos y químicos de remoción de placa dento-bacteriana

De acuerdo con la evidencia científica existente, el control de placa bacteriana (mecánico y químico) acompañado de fluoruros tópicos se considera básico para el mantenimiento de una dentición sana en todo tipo de personas, más aún para personas con este tipo de limitaciones.

La Federación Dental Internacional (FDI) recomienda el cepillado dental con una pasta dental fluorada dos veces por día como el patrón básico de higiene bucal personal, además del uso de seda dental, cepillos interproximales o colutorios (antisépticos o fluorados). Sin embargo, la alta prevalencia de patologías orales en la población, indica que la realización individual del cepillado es inadecuada y más aún en personas discapacitadas que presentan severos problemas de motricidad.

En pacientes con necesidades especiales, se evaluó la efectividad de un dispositivo automático de cepillado en personas con discapacidad de brazos y manos, comparado con los hábitos de cepillado rutinario, encontrando que a corto plazo este dispositivo reduce de forma significativa los índices de placa, facilitando la higiene bucal en casa.

La clorhexidina es coadyuvante en el cepillado dental para el control de placa y gingivitis en pacientes con limitaciones físicas, ya que reducen y retardan la colonización bacteriana, sin embargo, presenta ciertas desventajas por la aparición

de manchas y tinciones oscuras en los dientes, lengua y restauraciones y alterar la percepción del gusto hasta cuatro horas después del enjuague.

Otros elementos como los aceites esenciales no han mostrado ninguna evidencia de manchas dentales y ningún cambio en la percepción del sabor, mientras que en la composición de la placa supragingival reduce la flora microbiana total.

No solo es importante realizar una estrategia preventiva individualizada controlando y removiendo la placa bacteriana mediante la enseñanza de higiene oral adaptada y el uso de hilo dental en el hogar o centros de educación especial; es de vital importancia reforzar el esmalte dental mediante el uso de flúor, sellantes de fosas y fisuras y disminuir el potencial cariogénico de la dieta mediante asesoramiento dietético a familiares.²⁰

Consideraciones actuales del tratamiento estomatológico en niños con discapacidad mental leve.

Los niños con retraso mental leve se caracterizan por la capacidad de desarrollar habilidades y actitudes para valerse por sí mismos, aprenden a leer, escribir y a realizar labores poco complejas, por lo que constituyen un grupo poblacional importante que requiere de atención estomatológica.

El tratamiento de las lesiones bucodentales en los niños con afección del sistema nervioso central y retraso mental resulta difícil de realizar, y a veces es rechazado por los estomatólogos debido a los trastornos conductuales de estos pacientes. El profesional de la salud debe mostrar interés, paciencia, comprensión y un alto sentido humano, puesto que con estas características es posible el control de muchos de estos niños.

En los niños con discapacidad mental los problemas de salud bucal son más severos por las anomalías dentales que presentan puesto que dificultan la higiene bucal adecuada, además la dieta blanda y las dificultades para el tratamiento odontológico incrementan la proporción de caries dental y contribuyen a que el estado de salud periodontal sea pobre.

En cuanto a las maloclusiones, la prevalencia de la clase I es menor, mientras que la clase II y III es mayor en relación con los niños normales. En los niños con retraso mental es más frecuente la mordida abierta anterior seguida del apiñamiento

inferior. La mal oclusión es uno de los problemas de salud bucal más importante en estos pacientes, ya que para ellos representa un problema emocional y por ende baja su autoestima, por lo que el Odontopediatra debe brindar un servicio de calidad elaborando un diagnóstico correcto y tratamiento ortopédico con el objetivo de lograr un mejor estado facial y bucal, así como una aceptación social más favorable.

Los procedimientos habituales de higiene bucal no logran el propósito de controlar la placa dental, prevenir la caries dental y la enfermedad periodontal, esta última puede causar la pérdida dental prematura, que es uno de los factores de riesgo en las mal oclusiones.¹⁰

Algunos aspectos en el tratamiento de niños con discapacidad mental:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que dos tercios de estos pacientes no reciben atención bucodental, otros únicamente reciben tratamientos curativos, y algunos se ven beneficiados con la prevención.

La terapéutica ideal con estos niños es comenzar con una buena higiene oral, seguido de los tratamientos curativos, así como asistir a pláticas de medidas preventivas. Algunos niños con discapacidad mental son afectivos y amigables, por lo que el odontólogo debe explicarles de una manera comprensiva los procedimientos y usar la técnica de decir, mostrar y hacer.²⁰

1- Restricción física

Su aplicación requiere el consentimiento informado. Es un método manual, físico y mecánico aplicado al paciente para inmovilizarlo parcial o totalmente y permitir de esta manera la protección del paciente, del operador y su equipo. Éste nunca debe aplicarse como castigo al paciente. Puede realizarse restricción de la cabeza, extremidades y del tronco; mediante dispositivos externos o con ayuda del personal auxiliar.

2- Pre-medicación oral

Para evitar la ansiedad del paciente se prescribirá benzodiazepinas orales como el Diazepam o el Midazolam por vía oral; antes de iniciar el procedimiento odontológico para de esta manera disminuir la ansiedad del paciente.

3- Anestesia General

Consiste en el uso de drogas que inducen al paciente a una pérdida de la conciencia y de la capacidad de mantener las funciones ventilatorias de forma voluntaria. Está indicada en pacientes con complicaciones médicas importantes o imposibilidad de manejar la conducta. ²⁰

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en la escuela especial “Camilo Cienfuegos”, municipio Abreus, Cienfuegos 2020.

El universo estuvo constituido 68 pacientes discapacitados del grupo IV, diagnosticados con retraso mental que una vez coordinado con la instrucción educacional acudieron a la consulta del departamento de Estomatología en el periodo febrero a julio de 2020 diagnosticados con gingivitis crónica y que cumplieron con los criterios de inclusión requeridos.

Criterios de inclusión:

- Pacientes discapacitados del grupo IV, que no tuvieron otra alteración o disfunción que hiciera su discapacidad mixta.

Criterios de exclusión:

- Todos los pacientes que presenten periodontitis, enfermedad proliferativa o pseudoneoplasias y que los tutores no estén de acuerdo con que participen en el estudio.

Criterios de salida:

- Pacientes que se trasladen de municipio o provincia.
- Pacientes que cambian de centro educacional.

Consideraciones éticas.

Para la realización de esta investigación se tuvieron en cuenta algunas consideraciones éticas como, éticas como el aval del director de la institución como unidad ejecutora principal (Anexo 1), comité de ética (Anexo 2) declaración jurada del tutor (Anexo 3), aval del consejo científico (Anexo 4) Consentimiento informado del Centro Escolar (Anexo 5) y otras relacionadas con los pacientes objeto de estudio, a los cuales se le solicitó previamente su consentimiento informado o al tutor a cargo, al realizar el examen, necesario en la investigación; explicándosele además en qué consistirá el estudio y los fines de su aplicación, a fin de obtener su autorización. (Anexo 6). Además, se contar con la Historia Clínica Individual del paciente. (Anexo 7)

Métodos.

Teóricos.

Histórico- lógico: permitió buscar la historia y antecedentes del problema que determina el nivel de conocimientos de salud bucal.

Análisis y síntesis: fueron utilizados 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.

Métodos empíricos.

Observación: se realizó el examen visual a los pacientes de la escuela especial.

Análisis de documentos: permitió profundizar en los antecedentes históricos y los resultados de las intervenciones realizadas con anterioridad. Para la obtención de los datos se ejecutó revisión documental de las historias clínicas individuales de los pacientes seleccionados realizando el examen clínico bucal.

Método estadístico matemático.

Se empleó la estadística descriptiva

Obtención de la información.

Métodos, técnicas y procedimientos para la recogida de la información.

La medición como método, el análisis documental como técnica o procedimiento y la Historia clínica como instrumento.

Fueron examinados por el estomatólogo en la consulta estomatológica, realizándoles una correcta anamnesis y examen físico

Se procedió a llenar la historia clínica, donde se incluyeron todos los datos requeridos para dar cumplimiento a los diferentes objetivos específicos de la investigación, para lo cual la investigadora realizó un examen minucioso de la cavidad bucal el cual siguió los siguientes pasos:

1-Interrogatorio:

El interrogatorio se dirigió a la búsqueda de datos relacionados con la enfermedad bucal que se está estudiando y demás datos de interés para la investigación.

2-Inspección

Se utilizó la vista en el área a examinar, sentando cómodamente al paciente y con una iluminación adecuada procedente de una fuente artificial como la lámpara de la unidad estomatológica reforzándola con luz natural se inspecciono la boca con ayuda del espejo bucal, depresores de lengua, un trozo de gasa o una torunda de gasa abierta. Mediante este método de la inspección se observaron formaciones normales de la cavidad bucal que pudieron ser confundidas con estados patológicos que son muy frecuentes y las lesiones elementales que pudieran presentar las estructuras bucales y otras alteraciones especialmente en los dientes como las caries, el sarro, manchas y placa dentobacteriana teñidas y otros estados patológicos de la misma.

3-Palpación

Mediante este método y con el pulpejo de los dedos con movimientos suaves y circular se detectaron un sin número de condiciones físicas o detalles clínicos en la obtención semiológica en las diferentes lesiones o situaciones de la boca, cara y cuello como: la humedad, sequedad, superficie lisa o rugosa o áspera al tacto. Temperatura alta o disminuida y presencia de tumoraciones.

4- Percusión:

Se ejecutó con el mango del espejo percutiendo verticalmente sobre la superficie incisal del diente. Si surge dolor con este golpeteo se deberá pensar en un problema pulpar con invasión del periápice y si al realizar percusión transversal u horizontal a la corona del diente existe alguna sensación de algia, entonces se estará en presencia de un proceso inflamatorio periodontal, (que puede ser agudo, subagudo o tal vez crónico en proceso de agudización).

Para el cumplimiento de los objetivos se manipularon diferentes variables con su correspondiente operacionalización: sexo, edad, escolaridad, tipo de retraso mental, factor de riesgo, estado periodontal.

Operacionalización de las variables.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN		
		DESCRIPCIÓN	ESCALA	INDICADOR
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Según género biológico.	1. Masculino 2. Femenino	Frecuencia y porcentaje.
Edad	Cuantitativa continua	Según último año cumplido por el número de carnet de identidad.	1. 7-10 años 2. 11-14 años 3. 15-18 años	Frecuencia y porcentaje.
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	Según estudios que cursan de acuerdo al grado escolar.	1. Grados del nivel primario 2. Grados del nivel secundario	Frecuencia y porcentaje.
Tipo de discapacidad intelectual	Cualitativa ordinal.	Según clasificación cubana para enfermedades mentales perteneciendo los mimos al grupo IV	1. Fronterizo 2. Ligero 3. Moderado 4. Severo 5. Profundo	Frecuencia y porcentaje.
Factor de riesgo.	Cualitativa nominal politómica	Presencia de factores que hacen	Biológicos: antecedentes de caries, maloclusiones.	Frecuencia y porcentaje.

		vulnerables al paciente para padecer una enfermedad bucodental. Los mismos serán agrupados por determinantes de salud.	Hábitos: hábito de fumar, deficiente higiene bucal, alimentación azucarada, bruxismo. Biología humana: parodontopatías, apiñamiento dentario, enfermedades endocrinas. Organización de los servicios de salud: prótesis desajustadas, obturaciones defectuosas.	
Gingivitis crónica	Cualitativa nominal politómica	Cambios en las características morfo fisiológicas del periodonto de revestimiento o protección (encía, adherencia epitelial, cutícula de Nasmyth)	Gingivitis edematosa Gingivitis fibroedematosa Gingivitis fibrosa	Frecuencia y porcentaje.

Procesamiento y presentación de la información.

Para el análisis e interpretación de los resultados se manejó el análisis estadístico descriptivo según corresponde a la variable estudiada. Los datos recopilados se ubicaron en tablas estadísticas diseñadas al efecto con Excel XP para su mejor comprensión. Se utilizó como editor de texto Microsoft Word 2010.

Una vez recogidos los datos se procesaron en una computadora personal. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos con análisis porcentual y estadístico.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Caracterización de los pacientes especiales con Gingivitis Crónica según edad y sexo. Escuela especial “Camilo Cienfuegos”, municipio Abreus, Cienfuegos 2020.

Grupos de edades	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
7 a 10 años	10	15%	19	28%	29	43%
11 a 14 años	8	12%	15	22%	23	34%
15 a 18 años	5	7%	11	16%	16	23%
Total	23	34%	45	66%	68	100%

Fuente: Historia clínica estomatológica individual.

En la tabla 1 se muestra predominio del sexo masculino en las edades de 7 a 10 y 11 a 14 años con 28% y 22%, respectivamente.

López Segura, Calzadilla González, Aguilera Bauzá, Aguilera Fernández, Córdova Vega y Córdova Vega C. ²¹; y Zamora Tejeda, Castañeda Deroncelé y Hechavarría Martínez ²², determinaron mayoría del sexo masculino en las edades de 6 a 8 años y 10 a 14 años, mostrando similitud.

También así lo constató Vallejo Castro ²³, con marcada superioridad numérica del sexo masculino sin especificar en los grupos de edades; y Oliveira del Río, Macías Velázquez y Mendoza Castro ²⁴.

En investigación de Estrada Quilamachin ²⁵, prevalece el género femenino, no siendo concordante, aunque el grupo de edades más numeroso fue de 10 a 12 años.

Tabla 2. Nivel de escolaridad atendiendo a educación primaria y secundaria en niños de 7 a 18 años con retraso mental. Escuela especial “Camilo Cienfuegos”, municipio Abreus, Cienfuegos 2020.

Grupos de edades	Nivel de escolaridad			
	Primaria		Secundaria	
	No.	%	No.	%
7 a 10 años	29	93%	0	0
11 a 14 años	2	6%	21	56%
15 a 18 años	0	0	16	43%
Total	31	45%	37	54%

Fuente: Historia clínica estomatológica individual.

Al analizar la tabla 2 se expuso que se encontraron un total de 31 niños escolarizados en el nivel primario, para un 45%.

De las bibliografías consultadas sólo contenía datos comparativos Zamora Tejeda, Castañeda Deroncelé y Hechavarría Martínez ²² quienes notaron mayor número de niños en la educación primaria, seguida de la educación secundaria y estando en correspondencia.

Es opinión de la autora que estos pacientes logran alcanzar resultados y cursar de un grado a otro debido al esfuerzo que realiza la Revolución cubana con los programas inclusivos para pacientes especiales.

Tabla 3. Clasificación de los pacientes especiales grupo IV según grado de discapacidad mental. Escuela especial “Camilo Cienfuegos”, municipio Abreus, Cienfuegos 2020.

Grado de discapacidad mental	Grupos de edades				
	7 a 10 años	11 a 14 años	15 a 18 años	Total	%
Fronterizo	4	3	0	7	10%
Leve	16	11	8	35	51%
Moderado	13	10	3	26	34%
Total	33	24	11	68	100%

Fuente: Historia clínica estomatológica individual.

Dentro del grupo IV de clasificación se observa mayoría numérica en los subgrupos leve y moderado, de 7 a 10 y 11 a 14 años, con 51% y 34%. (tabla 3)

Chávez Taset, Tamayo Sánchez y Zamora ²⁶, arribaron a cifras elevadas de niños con retraso mental leve, siendo dato coincidente, aunque no las edades, comprendidas de 12 a 14 años.

Suárez Zafra, Villar Francois, Suárez Vázquez, Francois Ramírez, Estrada Sánchez ²⁷, encontraron que el retraso mental leve fue superior al moderado en edades de 9 a 11 años, hallazgo similar; así también Suárez Zafra, Cabrera Salas, Torres Hernández y Estrada Sánchez ²⁸; en un estudio de escolares donde la categoría que más casos aportó fue el retraso mental leve.

Tabla 4. Factores de riesgo asociados a la Gingivitis Crónica en niños de 7 a 18

años con retraso mental. Escuela especial “Camilo Cienfuegos”, municipio Abreus, Cienfuegos 2020.

Factores de riesgo	No.	%
Placa dentobacteriana	46	68%
Maloclusiones	11	16%
Uso de aparatología	12	18%
Deficiente higiene bucal	49	79%
Malos hábitos alimenticios	25	38%
Enfermedades endocrinas	9	13%

Fuente: Historia clínica estomatológica individual.

Los factores de riesgo que mostraron mayor prevalencia en la tabla 4 fueron la deficiente higiene bucal y la placa dentobacteriana, arrojando un 79% y 68% cada una.

Zamora Tejeda, Castañeda Deroncelé y Hechavarría Martínez ²²; y Oliveira del Río, Macías Velázquez y Mendoza Castro ²⁴, determinaron la mala higiene bucal como factor más observado.

Chávez Taset, Tamayo Sánchez y Zamora ²⁶, ofrecieron semejanzas, y arribaron a resultado equivalente los de Martínez Martínez, Llerena y Peñaherrera Manosalva ²⁹.

Quintero Solano ³⁰, halló una cifra elevada de maloclusiones en niños portadores de Síndrome de Down, hecho que no guarda relación a los resultados obtenidos.

La autora asume que estos pacientes por su discapacidad muchas veces no le dan importancia a la higiene bucal, no tienen por tanto en cuenta siquiera la frecuencia del cepillado, aunque la mayoría recibe charlas educativas.

Tabla 5. Clasificación de la Gingivitis Crónica en niños de 7 a 18 años con retraso mental. Escuela especial “Camilo Cienfuegos”, municipio Abreus, Cienfuegos 2020.

Gingivitis Crónica		
Clasificación	No.	%
Gingivitis edematosa	48	71%
Gingivitis fibroedematosa	15	22%
Gingivitis fibrosa	5	7%
Total	68	100%

Fuente: Historia clínica estomatológica individual.

La gingivitis crónica edematosa mostró cifras elevadas en un 71% y con un menor porcentaje fue la gingivitis fibrosa con 7%.

Zamora Tejeda, Castañeda Deroncelé y Hechavarría Martínez ²², realizaron estudios en niños especiales, siendo la gingivitis crónica edematosa la más apreciada.

Similares resultados fueron los de Oliveira del Rio y colectivo de autores ²⁴ y Yero Mier IM y colaboradores ³¹ expresando en los mismos que la gingivitis crónica edematosa fue la más representativa respecto a las demás.

CONCLUSIONES

- Predominó el sexo masculino en las edades de 7 a 10 y 11 a 14 años respectivamente y el nivel secundario prevaleció sobre el nivel primario.

- Dentro del grupo IV de clasificación sobresalieron los subgrupos leve y moderado.
- Los factores de riesgo que mostraron mayor representatividad fueron la deficiente higiene bucal y la placa dentobacteriana.
- La gingivitis crónica edematosa preponderó sobre las demás.

RECOMENDACIONES

Incrementar las actividades de promoción y educación para la salud con el objetivo de elevar los conocimientos, modificar modos y estilos de vida de este grupo de la población sobre estos temas, así como la atención integral de estos adolescentes

sobre todo en actividades preventivas. Hacer énfasis en el diagnóstico y tratamiento precoz de las periodontopatías por la gran cantidad de casos encontrados.

Continuar realizando estudios epidemiológicos para así conocer el estado de salud de la población especial con discapacidad mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sosa M, Toledo T, Barciela M de la C, García M, Rojas M, Morgado DE, et al. Programa Nacional de Atención Estomatológica a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017.

2. González Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
3. Orellana LM, Martínez Sanchis S, Silvestre FJ. Training Adults and Children with an Autism Spectrum Disorder to be Compliant with a Clinical Dental Assessment Using a TEACCH-Based Approach. Journal of Autism and Developmental Disorders [Internet]. 2014 [citado 13 oct 2019]; 44(4):776-85.
4. Aragão J, Magalhães I, Coura A, Silva A, Cruz G, França I. Access and communication of deaf adults: a voice silenced in health services. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental [internet]. 2015 [citado 13 oct 2019]; 6(1): 1-7.
5. Rueda Ventura MA, Isidro Olán L. Estado de salud bucodental de niños con capacidades especiales del Centro de Atención Múltiple No. 4. Horizonte sanitario [Internet]. 2014 [citado 13 oct 2019]; 13(3): 233-237.
6. Chávez Taset I, Tamayo Sánchez MY, Zamora A. El retraso mental y su relación con la Estomatología. Multimed Revista Médica Granma [Internet]. 2017 [citado 13 oct 2019]; 21(4)
7. Oliveira del Rio JA, MacíasVelásquez ZA, MendozaCastro AM. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes especiales con gingivitis crónica. Revista de Ciencias Médicas. La habana [Internet]. 2017 [citado 13 oct 2019]; 3(4):250-263.
8. Zamora Tejeda M, Castañeda Deroncelé M, Hechavarría Martínez BO. Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes especiales con gingivitis crónica. MEDISAN 2017; 21(10):3011.
9. 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. RevCienc Salud [Internet]. 2017 [citado 13 oct 2019]; 15 (1): 23-35. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5372>
10. Sueiro Sánchez I, Hernández MA, 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 2019 Nov 29]; 14(6): 717-726. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000600007&lng=es

11. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2016 – 2021. [Internet] 2017. [citado 13 oct 2019]; Disponible en: <http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Lineamientos%2020162021%20Versi%C3%B3n%20Final.pdf>
12. Roa Núñez A, Rodríguez Campos E. Condición de salud bucal en pacientes con retraso mental [tesis]. Venezuela: Universidad de Carabobo; 2015.
13. Hernández Millán A, Sueiro Sánchez I, Manresa Peñalver C, Hernández Millán Z, Hurtado Sánchez D, Barrio Pedraza T. Determinación del estado de salud bucal en pacientes discapacitados del Área VII en Cienfuegos. Revista Finlay [revista en Internet]. 2014 [citado 13 oct 2019]; 4(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/287>
14. Nirmala SVSG, Degala S. Dental Concerns of Children with Down's Syndrome - An Overview. J Pediatr Neonatal CareFinlay [revista en Internet]. 2017 [citado 13 oct 2019]; 6(3): 00248
15. Milano M. Oral Healthcare for Persons with Intellectual or Developmental Disabilities: Why Is There a Disparity? 2017 [citado 13 oct 2019]; 38(11): 5-8.
16. Valdés Reyes JM, Días Molina C, Alfonso de la Luz A, El GhannamRuisánchez Y. Caracterización del estado de salud bucal de niños con Parálisis Cerebral. Solidaridad con Panamá. Revista Dental de Chile [revista en Internet]. 2014 [citado 13 oct 2019]; 105 (1) 21-25
17. Waldron C, MacGiollaPhadraig C, Nunn J, Comiskey C, Donnelly-Swift E, Gue-rin S, Clarke MJ. Oral hygiene programs for people with intellectual disabilities (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2017 [citado 13 oct 2019]; Issue 4. Art. No.: CD012628. DOI: [10.1002/14651858.CD012628](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012628)
18. Chinchilla Soto G. Consideraciones al referir pacientes con discapacidad a tratamiento ortodóntico. Revista Mexicana de Ortodoncia [Internet]. 2017 [citado 13 oct 2019]; 5(3):144-154.

19. Marchena Rodríguez L, Fernández Ortega CM. Atención odontológica a pacientes discapacitados. REDOE [Internet]. 2015 [citado 13 oct 2019];
20. Giraldo Zuluaga MC, Martínez Delgado CM, Cardona Gómez N, Gutiérrez Pineda JL, GiraldoMoncada KA, JiménezRuíz PM. Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. Rev. CES Odont [Internet]. 2017 [citado 13 oct 2019]; 30(2): 23-36.
21. López Segura Y, Calzadilla González, Aguilera Bauzá SM, Aguilera Fernández JA, Córdova Vega MC, Córdova Vega CM. Intervención educativa de Salud Bucal para niños con retraso mental leve. [Internet]. 2019 [citado 2021 May 1]; 1-19. Disponible en: <http://edumeholquin2020.sld.cu/index.php/edumeholquin/2020/paper/viewPaper/430>
22. Zamora Tejeda M, Castañeda Deroncelé M, Hechavarría Martínez BO. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes especiales con gingivitis crónica. MEDISAN. [Internet]. 2017 [citado 2021 May 1]; 21(10): 3011. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n10/san032110.pdf>
23. Vallejo Castro DN. Alteraciones bucales en pacientes con Síndrome de Down. [Internet]. 2020 [citado 2021 May 1]; 1-91. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/48344>
24. Oliveira del Rio JA, Macías Velásquez ZA, Mendoza Castro AM. Caracterización clínico- epidemiológica de pacientes especiales con gingivitis crónica. [Internet]. 2017 [citado 2021 May 1]; 3(4): 250-263. Disponible en: <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>
25. Estrada Quilamachin CP. Prevalencia de caries y gingivitis en niños y niñas entre 7 y 14 años de edad con Síndrome de Down. [Internet]. 2017 [citado 2021 May 1]; 1-108. Disponible en: <http://dspace.uce.edu.ec>
26. Chávez Taset I, Tamayo Sánchez MY, Zamora A. El retraso mental y su relación con la Estomatología. Multimed. [Internet]. 2017 [citado 2021 May 1]; 21(4): 342-350. Disponible en: www.mediahraphic.com
27. Suárez Zafra D, Villar Francois G, Suárez Vázquez B, Francois Ramírez MC, Estrada Sánchez G. Necesidad de tratamiento estomatológico en niños

- discapacitados de La Habana. [Internet]. 2018 [citado 2021 May 1]; 97(4): 1-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000400798&lng=Es
28. Suárez Zafra D, Cabrera Salas A, Torres Hernández IE, Estrada Sánchez G. Necesidad de tratamiento estomatológico en niños de la Escuela Especial “Jardín de La Alegría”, 2016. Revista Cubana de Estomatología. [Internet]. 2019 [citado 2021 May 1]; 56(4): e1814. Disponible en: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES
29. Alicia C. Martínez Martínez, Llerena ME, Peñaherrera Manosalva MS. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. [Internet]. 2017 [citado 2021 May 1]; 3: (1) 99-108. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.1.99-108>
30. Quintero Solano D. Alteraciones bucodentales en niños con Síndrome de Down. [Internet]. 2019 [citado 2021 May 1]; 1-80. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44237>
31. Yero Mier IM, García Rodríguez M, Morgado Marrero DE, Castro Gutiérrez I, De Castro Yero JL, Rodríguez Betancourt MC. Intervención educativa para la gingivitis crónica en adolescentes del Consultorio Médico de la Familia 10. Área Norte. Sancti Spíritus. Gac. Méd. Espirit. [Internet]. 2020 [citado 2021 May 1]; 22(3): 54-64. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu>

ANEXO 1

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 los autores:

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

ANEXO 2

DICTAMEN DEL COMITÉ ETICA 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.

Por lo que se recomienda:

_____ Aprobarlo sin modificaciones

_____ Aprobarlo luego de hacer las modificaciones propuestas por el CEI

_____ Que se reelabore y se vuelva a presentar al CEI

_____ No aprobarlo

En el caso de no aprobarse, colocar una observación en la hoja de notas con el número correspondiente explicando en qué consiste la dificultad.

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

Nombre del Evaluador	Cargo en el CEI	Firma

ANEXO 3

Compromiso del tutor del trabajo de terminación de especialidad.

Cienfuegos _____

Año _____

A: Vice Dirección Docente:

Mediante la presente le comunico que he asumido la responsabilidad de trabajar en calidad de tutor en el proyecto de investigación del

Dr. (a): _____

Residente de 1er año de la Especialidad de _____

Titulado: _____

Por tanto, ya en funciones de tutor resuelvo acatar todas y cada una de los aspectos que se relacionan a continuación:

- Delimitar con el residente mis funciones como tutor de la investigación.
- Orientar en lo que se respecta al tema elegido, el cual deberá guardar relación con el banco de problemas del área.
- Evaluar el avance del residente en lo relacionado con la investigación de forma frecuente y el cumplimiento de las recomendaciones realizadas por los Consejos de Actividades Científicas de los distintos niveles.
- Rendir cuentas a la Vice Dirección de Docencia Médica del área sobre el estado de la investigación con la periodicidad requerida.
- Responsabilidad de forma incondicional con la investigación en cuestión siempre y cuando el residente cumpla con su responsabilidad de autor.
- Emitir una evaluación final del TTE, requisito indispensable para que el residente entregue la tesis y que debe incluir la propuesta de puntuación.

Sin más, atentamente, Dr. (a)

Firma

ANEXO 4:

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

ANEXO 5:

Consentimiento informado del Centro Escolar

El que suscribe _____ está de acuerdo en que este centro escolar participe en el estudio titulado _____. Asimismo, estoy de acuerdo que se me practique el examen estomatológico que se requiera. Para dar este consentimiento he recibido una amplia explicación de Dr. (a) _____.

Director de la Entidad Ejecutora

ANEXO 6:

Consentimiento Informado:

Yo _____ manifiesto mi mayor
disposición para participar en la investigación
_____ b
ajo el compromiso de que la información obtenida sirva para el análisis estadístico
del problema y no se divulgue en el orden personal y para que así conste firmo la
misma.

Firma del paciente o tutor

Firma del estomatólogo cargo de la
investigación

ANEXO 7:

HISTORIA DE SALUD BUCAL INDIVIDUAL

[illegible]

MOD. 470-4		HISTORIA CLINICA ESTOMATOLOGICA		FECHA
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA ESTOMATOLOGIA				No DE H. CLINICA:
UNIDAD:	CONSULTORIO No.			
PACIENTE: 1er. APELLIDO:	2do. APELLIDO:		NOMBRE:	
DIRECCION:				
EDAD:	SEXO: MASC. () FEM. ()	ESCOLARIDAD:		
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL				
ANTECEDENTES				
PATOLOGICOS				
(Personal - Familiar)				
Hemorragias (aco-				
ción o Medicamentos,				
HABITOS				
Succión Lengua				
Proctitis, Cepillado				
Bruxismo, Tabaquismo				
Café, Alcohol y otros.				
EXAMEN BUCAL				
(Señalar Afectaciones)				
EXAMEN FISICO				
General				
(Piel y Mucosas,				
Músculo Externo)				

