

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.



Clínica Estomatológica “Raúl Suárez Martínez”

GINGIVITIS CRÓNICA EN PACIENTES DE LA ESCUELA ESPECIAL “MARCELINO OCAMPO ACEA” RODAS - CIENFUEGOS, 2020

Autor: Dra. Elizabet Pardo Bello.

Residente de 2do año en Estomatología General Integral.

Tutor: Dr. Diosky Ferrer Vilches.

Especialista I y II grado en Estomatología General Integral. Máster en Atención de Urgencias en Estomatología. Investigador Agregado.

Profesor Auxiliar.

Consultante: Dra. Ana Belkys Hernández Millán

Especialista I y II grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria y Educación Médica. Investigador

Auxiliar. Profesor Auxiliar.

Trabajo de terminación para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral

Cienfuegos, 2021

RESUMEN

Introducción: La salud bucal del paciente discapacitado intelectual ha sido una gran preocupación a nivel mundial. **Objetivo:** determinar las características de la gingivitis crónica en los pacientes de la escuela especial “Marcelino Ocampo Acea” del municipio Rodas en el periodo febrero-julio del 2020. **Método:** Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en el periodo enero-diciembre del 2020, quedando constituido el universo por 72 pacientes discapacitados. Se utilizaron métodos empíricos como el análisis documental y la observación; de diagnóstico la revisión documental de las historias clínicas individuales de los pacientes seleccionados previos al examen clínico bucal; estadístico, la estadística descriptiva. Se utilizaron variables como edad, sexo, escolaridad, tipo de discapacidad, factor de riesgo y tipo de gingivitis crónica. Los datos recopilados fueron ubicados en tablas estadísticas diseñadas al efecto con Excel XP para su mejor comprensión. Se utilizó como editor de texto Microsoft Word 2010. **Resultados:** predominó la gingivitis crónica fibroedematosa en los pacientes discapacitados del sexo masculino (66.7%) y nivel primario (73.6%) siendo el grupo de edad más representativo el 10 a 13 años (47.2%). La discapacidad intelectual afectó a la mayoría de los pacientes estudiados (84.7%) incidiendo sobre éstos el estado de salud periodontal, el antecedente de caries (86.1%) y la mala higiene bucal (68.1%) como factores de riesgo predominantes. **Conclusión:** las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades deben encaminarse a modificar los factores predisponentes, de modo que involucren a padres y educadores.

Palabras clave: discapacidad, enfermedad periodontal, factores de riesgo,

ÍNDICE

Resumen

Introducción.....	1
Objetivos.....	10
Marco teórico.....	11
Diseño metodológico.....	25
Resultados y Discusión.....	32
Conclusiones.....	37
Recomendaciones.....	38
Referencias Bibliográficas.....	39

Anexos

INTRODUCCIÓN

Los pacientes discapacitados deficientes o como más modernamente se llaman pacientes especiales, son los que por largos periodos de tiempo, por condiciones físicas o mentales, están limitados de una participación completa en las actividades normales, incluyendo las de naturaleza social, recreativa, educacional y vocacional.

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.^{1,2}

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.³

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.

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

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}

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. ³

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. En la década de los 80 comenzaron a ejecutarse programas de atención estomatológica a la población con discapacidades y problemas que necesitaban de atención especial. El programa actual de atención estomatológica integral a la población contiene acciones estomatológicas a desarrollar en los pacientes especiales. Las directrices de trabajo del Ministerio de Salud Pública para el 2015 se contemplan varias acciones para el perfeccionamiento de la atención a este vulnerable grupo poblacional. 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. ⁷

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. La discapacidad representa pues, trastornos en el plano de la persona, y sus principales subclases se refieren al comportamiento, la comunicación, los cuidados normales, la locomoción, la disposición corporal, la destreza (en particular las habilidades) y situaciones específicas. Esta definición de paciente discapacitado lo es desde el punto de vista eminentemente médico, lo que no significa que desde el punto de vista odontológico y estomatológico deba serlo. Ejemplo de ello es el paciente poliomielítico, que puede estar discapacitado para la función motora de caminar, pero que en el sillón dental es un paciente normal. 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 una abundantísima patología oral, 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.^{8, 9}

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.

En un estudio observacional, prospectivo y transversal en el centro de atención múltiple no. 4, de Villahermosa, Tabasco con el objetivo de determinar el estado de salud buco bucodental en niños con capacidades especiales, el universo estuvo constituido por 48 infantes (19 del sexo femenino y 29 del sexo masculino) de edades entre 4-15 años. Resultados. El sexo femenino presentó 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.¹⁰

Chávez Taset¹¹ realizó un estudio descriptivo analítico y transversal con los estudiantes de la Escuela Especial Fructuoso Rodríguez de Campechuela con retardo 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 %.

Oliveira¹² 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.

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). La enfermedad bucal puede

agravar un proceso invalidante. Muchas minusvalías implican una disminución en la motivación o imposibilidad de solicitar asistencia estomatológica, así como mantener una buena higiene oral. Ciertos tratamientos bucales complicados, prótesis u ortodoncia, son incompatibles con determinados discapacitados. Hay minusválidos que no cooperan en el sillón dental y son rechazados en los consultorios estomatológicos. El grado de deterioro dental y gingival en ocasiones implica a tiempos prolongados de tratamiento, por lo que la familia los rehúsa. ¹³

Como es obvio, todo esto nos 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.

Con respecto al tema se registran publicaciones realizadas por Zamora Tejeda y colaboradores ¹⁴ sobre la “Caracterización clínico epidemiológica de pacientes especiales con gingivitis crónica” en Santiago de Cuba donde 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.

Sueiro Sánchez y colaboradores ¹⁵ 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.

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.

Internacionalmente investigan y publican acerca del tema investigadores entre los que se encuentran Oxa ⁴, Scagnet ⁵, Chauhan ⁸, Aragão ⁹, entre otros.

En el ámbito nacional se pueden mencionar como cultivadores del tema a García Flores, Suárez Zafra y de la Huerta Flores,¹ Sosa, Toledo , Barciela , García , Rojas y Morgado, ² González Naya y Montero del Castillo, ³ Zamora Tejeda , Castañeda Deroncelé y Hechavarría Martínez.¹⁴

A partir del triunfo de la Revolución Cubana, comienzan a adoptarse medidas concretas para el amparo de los discapacitados. Antes, los problemas relativos a este tipo de población prácticamente no tuvieron atención, ni fueron objeto de una acción efectiva por los gobiernos de la república colonial, y cuando algún organismo pretendió crear algún programa, el interés político frustró siempre los objetivos propuestos de unos y de otros. ¹¹

Estudios realizados revelan que el porcentaje de personas que padecen de una eficiencia física, mental o sensorial en Cuba es poco más del ocho por ciento, mientras que en naciones de América Latina y el Caribe llega hasta el 15%. Cuba no figura entre los países con una tasa elevada de niños discapacitados, puesto que los programas de salud y atención a la mujer desde el inicio de su embarazo favorecen la detección precoz de cualquier anomalía. Es propósito del plan de acción nacional continuar promoviendo medidas para la prevención de la discapacidad y la realización de los objetivos de igualdad y plena participación en la vida social y el desarrollo de estas personas. ¹⁶

Actualmente 76 904 integran las Asociaciones de Limitados Físicos-Motores. El 56,8 % de ellos pertenecen al sexo masculino y el 43,2 % al femenino. Nuestros miembros se dividen en dos grupos principales: amputados 14%, parálisis 86%. El grupo de parálisis está compuesto por personas que tienen parálisis o afectación de una o más extremidades, de ellos: 28 % son lesionados medulares, 72 % otras patologías, lesionados medulares. Los 18 189 lesionados medulares agrupados en la ACLIFIM, representan el 24 % respecto al total de sus asociados. Estos se clasifican en: 71 % parapléjicos y 29 % Cuadripléjicos. Entre nuestros asociados se cuentan un total de 4 983 niños. El 60,2 % de estos son niños y el 39,8 % son niñas. ¹⁶⁻¹⁷

En la provincia de Cienfuegos la atención al paciente discapacitado cobra cada día más interés en los profesionales de la salud, pero a pesar de todos los esfuerzos encaminados a mejorar la calidad de vida de estas personas, siguen existiendo brechas y tabúes a la hora de su atención. Las entidades de Salud

Pública establecen coordinaciones con las organizaciones bajo las cuales se agrupan los discapacitados, ACLIFIM, ANSOC, ANCI y con las instituciones médicas encargada de los pacientes con retraso mental.

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. Las personas con discapacidad requieren de atención especializada, no precisan ni de lástima ni de compasión, sino de aceptación y compromiso.¹⁷

Se describe específicamente que para los pacientes con discapacidad física en todos los servicios estomatológicos se trabajará para eliminar las barreras arquitectónicas existentes que dificulten el acceso para recibir la atención. Cuando ello no fuese posible se coordinará la atención por su Estomatólogo en otro espacio de la institución, en alguna unidad cercana, o en su propio hogar. Los pacientes que pertenezcan a instituciones educativas o de salud, siempre que sea posible, se atenderán en su propia institución con unidades móviles, previa coordinación entre las direcciones de ambas entidades, o en su defecto en los servicios estomatológicos de forma priorizada.²

Fundamentación del estudio.

Por el aumento de pacientes discapacitados, por lo importante del tema, motivado además por el desconocimiento de investigaciones anteriores en el municipio de Rodas, se decidió realizar el presente trabajo con el propósito de describir las manifestaciones de la gingivitis crónica en los pacientes especiales y de esta manera contribuir con el mejoramiento de la calidad en la atención integral que se les brinda.

Problema de investigación.

¿Cuáles fueron las características de la gingivitis crónica en pacientes de la escuela especial “Marcelino Ocampo Acea” del municipio Rodas en el periodo febrero-julio del 2020?

Actualidad

Es de suma importancia tener conocimiento acerca de las deficiencias y discapacidades de este grupo de pacientes para así trazar estrategias de promoción, prevención, curación y en algunos casos rehabilitación que ayuden a mejorar su calidad de vida y no solo en el ámbito estomatológico, sino también como ser social que es, permitiendo su readaptación al medio.

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”.²

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”.¹⁸

Novedad científica.

Está dada por las transformaciones que ocurrirán a nivel de la determinante de salud modos y estilos de vida en lo que respecta a las enfermedades periodontales en los escolares de “Marcelino Ocampo Acea” del municipio Rodas Cienfuegos, a partir de la puesta en práctica de estrategias de promoción de salud y de prevención de enfermedades.

Los referentes teóricos analizados correspondientes a las enfermedades periodontales en niños, sus fundamentos y características permitió una aproximación científicamente documentada que se realiza por primera vez en

este territorio, lo que permitirá su correcta caracterización en el contexto socio-sanitario, en un territorio concreto y en un espacio dado, contribuyendo a resolver de forma más adecuada este problema de salud.

Aportes.

Práctico: La conclusión de esta investigación permitió un mejor conocimiento de esta afección, sus características y factores de riesgos; lo cual permitirá un diagnóstico certero y la inmediatez del tratamiento propuesto.

OBJETIVOS.

General.

Determinar las características de la gingivitis crónica en los pacientes de la escuela especial “Marcelino Ocampo Acea” del municipio Rodas en el periodo febrero-julio del 2020.

Específicos.

1. Caracterizar los pacientes especiales con gingivitis crónica según edad, sexo y escolaridad.
2. Clasificar los pacientes especiales según discapacidad (clasificación cubana).
3. Identificar los factores de riesgo asociados a la gingivitis crónica.
4. Determinar el tipo de gingivitis crónica de los pacientes especiales.

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 de pacientes por grupos especiales

Los pacientes con necesidades especiales son aquellos niños, jóvenes y adultos que se encuentran médicamente comprometidos y también las personas con discapacidades físicas, psíquicas, sensoriales y con problemas del comportamiento. El tratamiento estomatológico propiamente dicho que se ofrece a estos pacientes es, en la mayoría de los casos, el mismo que se le brinda a cualquier otra persona, pero se pone énfasis en los métodos preventivos de control de enfermedades, como la caries dental y la enfermedad periodontal. La discapacidad de estos pacientes se clasifica en: discapacidad mental, discapacidad física, discapacidad síquica, discapacidad auditiva, discapacidad visual, discapacidad mixta (dada cuando presenta dos o más discapacidades).¹⁹

Clasificación de la discapacidad física.

A la hora de clasificar los distintos tipos de discapacidad física suele tenerse en cuenta o bien estas causas o bien las zonas que tienen impedido o limitado el movimiento o bien sus causas.²⁰

Así pues, **se** puede encontrar que por lo general los tipos de discapacidad física van a ser los siguientes:

1. Tipos según su causa: Motrices con o sin afectación cerebral, debido a enfermedad y mixta.
2. Tipos según la zona afectada: Discapacidad motriz de las extremidades inferiores, discapacidad motriz de las extremidades superiores, tronco, cuello y cara, otras discapacidades motrices.²¹

Algunos de los principales tipos de discapacidad física:

Entando en materia, las distintas clases de discapacidad o minusvalía física son las siguientes:

1. Monoplejia: Parálisis de una única extremidad, generalmente producida por daños en el nervio que inerva la zona en cuestión.
2. Paraplejia: Esta afectación debida a una lesión medular en la zona dorsal supone la parálisis o incapacidad de movimiento de la mitad inferior del cuerpo. Afecta básicamente a piernas y pies. El sujeto pierde la capacidad de caminar. Puede o no afectar a la capacidad de respuesta sexual.
3. Tetraplejia: Alteración debida a una lesión medular cervical cuya repercusión se observa en la pérdida total de la capacidad de movimiento de las extremidades inferiores y en la pérdida total o parcial de la capacidad de movimiento de los miembros superiores. Según la posición de la lesión las dificultades serán mayores o menores, implicando por lo general una mayor afectación y discapacidad asociada aquellos daños en las vértebras más cercanas al cráneo. De hecho, puede llegar a provocar la necesidad de utilizar ventiladores artificiales de cara a mantener la respiración del paciente.
4. Hemiplejia: Se trata de una alteración o lesión en el sistema nervioso que produce la parálisis de la parte opuesta o contralateral a la dañada. Suele deberse a accidentes cerebrovasculares o traumatismos craneoencefálicos.
5. Espina bífida: Se trata de un tipo de malformación congénita en que el tubo neuronal y la columna vertebral no se cierran por completo durante la formación del feto, produciéndose daños en los nervios y la médula que pueden impedir o dificultar el movimiento de la persona.
6. Distrofia muscular: El grupo de trastornos englobados dentro de la distrofia muscular provocan la presencia de un tono muscular débil que va perdiendo tejido con el tiempo, haciendo difícil el movimiento y provocando una discapacidad. Se trata de uno de los tipos de discapacidad física más frecuentes.
7. Parálisis cerebral: La parálisis cerebral es una condición médica crónica debida a problemas durante el desarrollo cerebral del feto o niño, que produce graves efectos en la motricidad. Estos efectos pueden ir desde dificultades y lentitud de movimiento, rigidez, agitación, convulsiones o incluso una parálisis completa de la musculatura voluntaria. Es la causa más frecuente de discapacidad motora.

8. Amputación: La pérdida de extremidades o de partes del cuerpo pueden provocar una discapacidad física al limitar el funcionamiento habitual de la persona.²⁰

Existen otros tipos de discapacidad física como:

1. Epilepsia: Disfunción del cerebro, causada por descargas eléctricas desordenadas, es decir, que existe una mala transmisión entre una neurona y otra, pueden haber o no, crisis convulsivas.
2. Problemas que afectan las articulaciones: El principal problema es la artritis reumatoide juvenil, es una condición presentada como consecuencia de una inflamación permanente de las articulaciones que incluso, puede llegar a deformarse.
3. Problemas que afectan los huesos: Se encuentran la escoliosis (desviación lateral de la columna vertebral) y la osteogénesis imperfecta (formación imperfecta de los huesos que se tornan sumamente frágiles).
4. Problemas que afectan los músculos: La distrofia muscular es una enfermedad progresiva que debilita todos los grupos de los músculos, es hereditaria y afecta a los varones.
5. La artrogriposis: es congénita, se nace con articulaciones rígidas y músculos débiles.
6. La atrofia muscular espinal de la niñez: es una degeneración progresiva de las células nerviosas motoras, su característica principal es la debilidad progresiva de los músculos.
7. Problemas que afectan la médula espinal: Entre ellos tenemos la parálisis, que es una dificultad para mover una, dos, tres o las cuatro extremidades del cuerpo. Además, los defectos del canal de la médula espinal, que en lugar de cerrarse quedan abiertos, como, por ejemplo: espina bífida.
8. Focomelia: Es un problema congénito que se inicia en el período de la gestación. A las personas les hace falta la parte media de una extremidad. Por ejemplo: pueden tener el brazo y la mano pero les hace falta el antebrazo.²²

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. ²

- Fronterizo.
- Ligero.
- Moderado.
- Severo.
- Profundo.

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.

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. ²³

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.

- 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 Definilhidantoína.
- 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.²

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.¹⁴

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.²³

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.

24

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.²⁵

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.²⁶

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.²⁷

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.¹²

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.²⁸

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 peribucales, 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.²⁹

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

Atención al paciente discapacitado²

- 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.¹⁰

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 son coadyuvantes 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.²⁹

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.¹⁵

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.²⁹

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 benzodiacepinas 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.²⁹

Barreras de Acceso en la atención estomatológica.

Las dificultades de acceso a la atención dental o “Barreras de acceso”, corresponden a todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que, por ausencia o presencia, limitan el funcionamiento y crean discapacidad. Estos incluyen aspectos como un ambiente físico inaccesible, falta de tecnología asistencial apropiada, actitudes negativas de las personas hacia la discapacidad, servicios y políticas que no existen o que

específicamente dificultan la participación de todas las personas con una condición de salud que conlleve una discapacidad. Es común apreciar en este aspecto la ausencia de facilitadores a la atención dental.

Para el acceso a salud Oral, estudios establecen que las barreras más comunes en este tipo de pacientes son:

1. Barreras físicas para tener acceso a centros de asistencia dental (sala de examen clínico y sillón dental)

2. Miedo (temor o desconfianza al dentista).³⁰

Existen otras barreras de acceso a la atención dental en pacientes discapacitados. Dentro de ellas encontramos las referentes a la profesión estomatológica debido a la falta de recursos para el manejo de estos pacientes, así como la distribución geográfica desigual de recursos, entrenamiento y capacitación inapropiada para atender necesidades y demandas. También existen barreras que imponen la sociedad debido a la ayuda pública insuficiente de actitudes que conduzcan a salud, la inadecuada facilidad de cuidados de salud oral por parte de cuidadores y familiares cercanos, infraestructura inapropiada para el desplazamiento de personas con discapacidad, y la falta de nociones culturales de la sociedad ya que, en determinadas ocasiones, no se considera necesaria la atención dental en discapacitados.

Los pacientes que se transportan en sillas de ruedas presentan determinadas barreras a la hora de la atención estomatológica que van más allá de las físicas como las rampas para el acceso. Dentro de estas limitantes se encuentra la transferencia de la silla de ruedas al sillón dental ya que puede ser agotadora y dolorosa. Además, algunos pacientes pueden tener sondas urinarias u otros aparatos en donde necesitarían servicios previos a ser transportados desde su silla de ruedas. Muchos profesionales han optado por la atención en la misma silla, debiendo asumir una posición forzada y contorsionada para realizar la terapia dental, con el resultado de fatiga extrema, dolor de espalda y acumulación de daños.

La misma atención del paciente en sí puede presentar dificultades hacia el profesional. El acceso a la boca puede ser impedido por los pacientes con deformidad física (por ejemplo, cifosis) o pueden tener confusión mental. Una parálisis cerebral puede generar además de una pobre higiene oral, una generación excesiva de saliva en la boca. Todos estos factores pueden incrementar la duración del tiempo de atención de rutina en los procedimientos dentales.³⁰

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en la escuela especial “Marcelino Ocampo Acea” del municipio Rodas en el periodo febrero-julio del 2020.

El universo estuvo constituido por 72 pacientes discapacitados que acudieron a la consulta estomatológica “Raúl Suárez Martínez” y que cumplieron con los criterios siguientes:

Criterios de inclusión:

- Pacientes discapacitados de la escuela especial “Marcelino Ocampo Acea” del municipio Rodas, con diagnóstico de gingivitis crónica.

Criterios de exclusión:

- Pacientes discapacitados que no cooperen durante examen clínico.

Métodos.

Método universal: Se utilizará el materialismo dialéctico.

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 las personas con gingivitis crónica de la escuela especial del municipio de Rodas, Cienfuegos.

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 realizó 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.

Técnicas y procedimientos 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 todos los pacientes discapacitados con diagnóstico de gingivitis crónica perteneciente a la escuela Marcelino Ocampo Acea del municipio de Rodas previamente citados a consulta estomatológica, realizándoles una correcta anamnesis y examen físico.

Se procedió a llenar la historia clínica, donde serán incluidos todos los datos requeridos para dar cumplimiento a los diferentes objetivos específicos de la investigación, para lo cual se utilizó el set de clasificación que consta de espejo bucal, pinza para algodón y explorador así como una buena fuente de luz.

Para el cumplimiento de los objetivos se utilizaron diferentes variables con su correspondiente operacionalización: edad, sexo, escolaridad, tipo de discapacidad, factor de riesgo y gingivitis crónica.

Operacionalización de las variables.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN		INDICADOR
		DESCRIPCIÓN	ESCALA	
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Según género biológico.	1. Masculino 2. Femenino	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Edad	Cuantitativa continua	Según último año cumplido por el número de carnet de identidad.	1. 6-9 años 2. 10-13 años 3. 14-16 años	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Escolaridad	Cualitativa ordinal	Según estudios que cursan de acuerdo al grado escolar.	1. Grados del nivel primario 2. Grados del nivel secundario 3. Escuela de oficios	Frecuencia absoluta y porcentaje.

Tipo de discapacidad	Cualitativa ordinal.	Clasificación cubana empleada por Tan Castañeda para agrupar a los discapacitados según grupo de enfermedades.	Grupo I: pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. Pacientes diabéticos Pacientes cardiópatas. Pacientes nefrópatas Pacientes con discrasias sanguíneas Pacientes epilépticos Grupo II: pacientes con enfermedades que provocan déficit motor. Parapléjicos Cuadripléjicos Hemipléjicos: Otros: se incluirán en este grupo a aquellos pacientes que durante nuestra investigación observemos que tienen alguna otra patología que los incapacite desde el punto de vista motor y requieran consideraciones estomatológicas. Grupo III: pacientes con enfermedades que provocan déficit sensorial. Ciegos	Frecuencia absoluta y porcentaje.
----------------------	----------------------	--	--	-----------------------------------

			Sordos 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).	
Factor de riesgo.	Cualitativa nominal politómica	Presencia de factores que hacen vulnerables al paciente para padecer una enfermedad bucodental. Los mismos serán agrupados por determinantes de salud.	Biológicos: antecedentes de caries y maloclusiones. Modo y estilos de vida: hábito de fumar, deficiente higiene bucal, alimentación azucarada. Organización de los servicios de salud: dientes ausentes no reemplazados, obturaciones	Frecuencia absoluta y porcentaje.

			defectuosas.	
Gingivitis crónica	Cualitativa nominal politómica	Cambios en las características morfo fisiológicas del periodonto de revestimiento o protección (encía, adherencia epitelial, cutícula de Nasmyth). Según el examen bucal detectados durante la observación y palpación.	Gingivitis edematosa Gingivitis fibroedematosa Gingivitis fibrosa	Frecuencia absoluta y porcentaje.

Se utilizó el índice de higiene bucal simplificado, el cual se describe a continuación:

Índice de higiene bucal simplificado (IHB-S)

Este índice recurre a los mismos criterios que se utilizan para el Índice de Higiene Bucal. La metodología difiere fundamentalmente en lo que respecta al número y tipo de superficies que se evalúan. En esta versión simplificada solo se adjudican puntajes a seis y no a doce dientes, un diente de cada uno de los seis segmentos; además, únicamente se evalúa una superficie de cada diente. En cada uno de los cuatro segmentos posteriores se examina el primer diente erupcionado por completo hacia distal del segundo premolar, que generalmente, aunque no siempre, es el primer molar. Se adjudican puntajes a las superficies vestibulares de los molares superiores y a las superficies linguales de los inferiores. En los segmentos anteriores se consideran las superficies vestibulares de los incisivos centrales superior derecho e inferior izquierdo. Se puede utilizar el incisivo central del lado opuesto si está ausente el diente por evaluar.

Este índice evalúa dos de los principales factores de riesgos: placa

dentobacteriana y cálculo supragingival en seis superficies de los dientes: 11, 31, 16, 26, 46, 36. Evalúa la Higiene Oral de una comunidad y sólo se requiere espejo y explorador.

Como el Índice de Detritus Simplificado (ID-S) y el Índice de Tártaro Simplificado (IT-S) se confeccionan ahora a base de la suma de 6 y no de 12 puntos, cada uno con rango de 0-3, y pese a ello se los sigue dividiendo por el número de segmentos, el puntaje máximo de los seis segmentos es $18/6=3$.

El IHB-S es la suma de los ID-S e IT-S y su rango es 0-6.

<u>DIENTE</u>	<u>SUPERFICIE</u>
16	vestibular
26	vestibular
46	lingual
36	lingual
11	vestibular
31	vestibular

Índice Colectivo = Suma de Índices individuales / No. De Personas evaluadas

Criterios y Puntajes para el IHB-S:

Higiene bucal buena = 0,0 – 1,2

Higiene bucal regular = 1,3 – 3,0

Higiene bucal mala = 3,1 – 6,0.6

Procesamiento de la información.

Para el análisis e interpretación de los resultados se empleó el análisis estadístico descriptivo según corresponde a la variable estudiada. Los datos recopilados fueron ubicados 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.

Consideraciones éticas.

Para la realización de esta investigación se tuvo en cuenta algunas consideraciones éticas como, el Aval del Director de la Institución Unidad Ejecutora Principal (Anexo 1), el Dictamen del Comité de Ética (Anexo 2), la

Declaración Jurada del Tutor (Anexo 3), Consentimiento informado del Centro Escolar (Anexo 4), Aval del Consejo Científico (Anexo 5). A los pacientes objeto de estudio se les solicitó previamente su consentimiento informado o al tutor a cargo, al realizar el examen, necesario en la investigación; explicándosele además en qué consistió el estudio y los fines de su aplicación, a fin de obtener su autorización (Anexo 6). Además se constató con la Historia Clínica Individual del paciente (Anexo 7).

Limitaciones del estudio.

- Carácter local.
- Como el estudio es descriptivo no se correlacionaron estadísticamente las variables con la enfermedad.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de los pacientes discapacitados con gingivitis crónica según grupo de edades y sexo perteneciente a la escuela especial “Marcelino Ocampo Acea” del municipio Rodas en el periodo febrero-julio del 2020.

Grupo de edades	Sexo				Total (n=72)	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
6-9 años (n=27)	18	37.5	9	37.5	27	37.5
10-13 años (n=34)	24	50	10	41.7	34	47.2
14-16 años (n=9)	4	8.3	5	20.8	9	12.5
17-18 años (n=2)	2	4.2	0	0	2	2.8
Total (n=72)	48	66.7	24	33.3	72	100

Fuente: historia clínica individual

La tabla 1 muestra la distribución de los pacientes discapacitados con gingivitis crónica según grupo de edades y sexo donde el 66.7% correspondió al sexo masculino y el 33.3 % al femenino. El grupo de edad más representativo fue el 10 a 13 años para un 47.2% seguido por el de 6 a 9 años para 37.5%. Estos resultados son similares a los obtenidos por Oliveira ¹² quien reportó un predominio del sexo masculino, no coincidiendo en el grupo pues predominó el de 15-19 años; también coinciden con Zamora ¹⁴ quien mostró el sexo masculino (72,9 %) y el grupo de edad de 10-14 años (64,4 %) como los más significativos.

La autora considera que los resultados pueden estar condicionada a que los varones son más descuidados con los hábitos higiénicos sanitarios si a ello se le suma la discapacidad intelectual de los mismos, que dificulta estilos de vidas saludables.

Tabla 2. Distribución de los pacientes discapacitados con gingivitis crónica según escolaridad.

Escolaridad	No	%
Nivel primario	53	73.6
Nivel secundario	15	20.8
Escuela de oficios	4	5.6
Total	72	100

Fuente: historia clínica individual

El 73.6% de los pacientes discapacitados con gingivitis crónica poseyó nivel primario según escolaridad seguidos por el nivel secundario y las escuelas de oficio para un 20.8% y 5.6% respectivamente como refleja la tabla 2. En un estudio realizado por Zamora ¹⁴ prevalecieron los que tenían primaria terminada (40,7 %), seguidos por los de secundaria (30,5 %), resultados que coinciden con esta investigación.

Tabla 3. Distribución de los pacientes discapacitados con gingivitis crónica según tipo de discapacidad.

Tipo de discapacidad	No	%
Grupo I (pacientes con enfermedades crónicas)	10	13.9
Grupo II (pacientes con enfermedades que provocan déficit motor)	1	1.4
Grupo IV (pacientes con retraso mental)	61	84.7
Total	72	100

Fuente: historia clínica individual

De acuerdo al tipo de discapacidad, el 84.7% de los pacientes discapacitados se correspondió con el grupo IV (pacientes con retraso mental) seguidos por los grupo I (pacientes con enfermedades crónicas) y II (pacientes con enfermedades que provocan déficit motor) para un 13.9% y 1.4% respectivamente como muestra la tabla 3. No se reportaron pacientes discapacitados en el grupo III (pacientes con enfermedades que provocan déficit sensorial). No se encontraron investigaciones similares para comparar, sin embargo Suárez ³¹ utilizó otra clasificación de discapacidad donde

comprobó que el número de niños con discapacidad mental ligera (DML) excede al discapacitado mental moderado (DMM).

Tabla 4. Distribución de los pacientes discapacitados con gingivitis crónica según factores de riesgo.

Factores de riesgo		Pacientes (n=72)	
		No.	%
Biología humana	Antecedentes de caries	62	86.1
	Maloclusiones	25	34.7
Modo y Estilos de vida	Dieta cariogénica	41	56.9
	Tabaquismo	3	4.2
	Mala higiene bucal	49	68.1
Medio ambiente	Deficiente abasto de agua	3	4.2
	Calidad del agua	3	4.2
Organización de los servicios de salud	Dientes ausentes no reemplazados	14	19.4
	Obturaciones deficientes	24	33.3

Fuente: historia clínica individual

El principal factor de riesgo que afectó a los pacientes discapacitados con gingivitis crónica correspondiéndose a la determinante biología humana fue los antecedentes de caries para un 86.1% seguido por las maloclusiones para un 34.7% como refleja la tabla 4. Dentro la determinante modo y estilos de vida, la mala higiene bucal constituyó el más representado para un 68.1% seguida por la dieta cariogénica para 56.9%. Con respecto a la determinante medio ambiente no hubo resultados significativos. El factor de riesgo que más incidió en la determinante de salud Organización de los servicios de salud fueron las obturaciones deficientes para un 33.3%. Los resultados son similares a los obtenidos por Zamora ¹⁴ quien reportó la higiene bucal deficiente (81.3 %) como el factor de riesgo predominante.

La caries dental en escolares es un tema de gran importancia dentro del campo de la Estomatología, no solo por las consecuencias bucodentales que ocasiona, sino también por su influencia en la vida del individuo que la padece. Es una enfermedad multifactorial, que debido a su alta prevalencia e incidencia,

afecta a la salud integral del niño, pues al producir la destrucción de las piezas dentarias, así como el dolor, sensibilidad y padecimientos que genera a su paso, incide en el infante a salir de su estado de bienestar.³¹

Los factores de riesgo repercuten directamente en la aparición de las enfermedades bucales, unido a la influencia de varios factores que agravan la enfermedad gingival y destruyen los tejidos superficiales hacia planos más profundos. En concordancia con esto último, en esta característica predominaron, por un lado, la higiene bucal deficiente, debido a que la discapacidad intelectual de estos niños no les permite practicar correctamente el cepillado dental; por otro, el apiñamiento dentario, el cual favorece el avance y aparición de gingivitis crónica.¹⁴

Los estudios muestran asociaciones entre discapacidad intelectual y pobre higiene bucal, que produce un efecto importante en la salud bucal del individuo; de modo que este tipo de población debido a su disminución en su desarrollo físico y mental, constituye un grupo vulnerable, que requiere de la intervención multidisciplinaria de profesionales para mantener una buena calidad de vida.

La salud bucal de las personas discapacitadas se caracteriza por presentar un bajo nivel de higiene debido a su limitación física y/o mental, reteniendo por un tiempo prolongado partículas de comida en la boca, lo que ocasiona inflamación gingival, caries y enfermedad periodontal. Los pacientes en condición de discapacidad requieren de cuidados especiales para realizar su higiene de acuerdo con su edad, cooperación, nivel de inhabilidad y compromiso sistémico, de lo contrario pueden desarrollar fácilmente dichas enfermedades y ocasionar dolor, disfunción, incomodidad y la necesidad de tratamientos largos, costosos y de dudable pronóstico.³¹

Tabla 5. Distribución de los pacientes discapacitados con gingivitis crónica según características morfo-fisiológicas.

Grupo de edades	Gingivitis crónica					
	Edematosa		Fibroedematosa		Fibrosa	
	No.	%	No.	%	No.	%
6-9 años (n=27)	10	35.7	14	41.1	3	30
10-13 años (n=34)	12	42.9	16	47.1	6	60
14-16 años (n=9)	4	14.3	4	11.8	1	10
17-18 años (n=2)	2	7.1	0	0	0	0
Total (n=72)	28	38.9	34	47.2	10	13.9

Fuente: historia clínica individual

El 47.2% de los pacientes discapacitados presentó gingivitis crónica fibroedematosa siendo el grupo de edad más afectado el de 10 a 13 años, seguidos por la edematosa y la fibrosa para un 38.9% y 13.9% respectivamente como muestra la tabla 4. Estos resultados difieren de los alcanzados por de Zamora ¹⁴ quien obtuvo que la mayoría de los adolescentes presentó gingivitis crónica edematosa (79.1 %), en su forma severa.

Estos resultados indican que es necesario insistir en la formación de hábitos beneficiosos para la salud, entre ellos la higiene bucal adecuada, para que se convierta en una necesidad y se ejecute con regularidad. Es por ello que se debe enfocar en la educación sanitaria relacionada con la salud bucal y que participen padres y educadores.

El éxito del tratamiento depende de factores sociales, familiares, y bucales como alta incidencia de caries y problemas periodontales por un gran índice de placa dentobacteriana; los tratamientos deben proyectarse individualmente a partir del diagnóstico familiar, psicológico, médico y bucal. El manejo periodontal depende del control de placa; los pacientes con deficiencia intelectual son dependientes de su entorno.

CONCLUSIONES

En la escuela especial “Marcelino Ocampo Acea” del municipio Rodas predominó la gingivitis crónica fibroedematosa en los pacientes discapacitados del sexo masculino y nivel primario siendo el grupo de edad más representativo el 10 a 13 años. La discapacidad intelectual afectó a la mayoría de los pacientes estudiados incidiendo sobre éstos el estado de salud periodontal, el antecedente de caries y la mala higiene bucal como factores de riesgo predominantes. Por lo que se debe dirigir las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades a modificar los factores predisponentes, de modo que involucren a padres y educadores.

RECOMENDACIONES

- ✓ Diseñar programas educativos dirigidos a padres, familiares y educadores que contribuyan a fomentar hábitos higiénicos saludables para mejorar el estado de salud periodontal de los pacientes discapacitados.
- ✓ Generalizar los resultados de la investigación en el territorio en presentación de jornadas científicas y revistas de impacto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Flores K, Suárez Zafra D, de la Huerta Flores K. Panorámica de la atención estomatológica a pacientes discapacitados o especiales. Revista de Ciencias Médicas La Habana [Internet]. 2015 [citado 2021 Ene 20];19(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemmedhab/cmh2013/cmh132n.pdf>
2. 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.
3. González Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
4. Oxa ER. Situación odontológica de los pacientes con discapacidades en Chile. Dental Tribune Hispanic & Latin América. 5.ed. 2015. p.8-12.
5. Scagnet G. La atención de personas con discapacidad en Argentina. Dental Tribune Hispanic & Latin América. 5.ed. 2015. p.14-6.
6. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial de la OMS sobre actividad física 2018-2030. [Internet]. 2018 [Citado 2021 May 20]. EB142.R5. Disponible en: <http://www.who.int/disabilities/actionplan/es/>
7. 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. 2014;44(4):776-85.
8. Chauhan S, Singn M, Jaiswal N, Agarwal A, Kumar J, Singn M. Prevalence of Cerebral Palsy in Indian Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. The Indian Journal Pediatrics. [Internet] 2019; [cited 2021 May 20];86:1124-30. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12098-019-03024-0>
9. 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. 2015;6(1):1-7.
10. García PMK, Rueda VMA, Isidro OLB. Salud e higiene bucal en niños con discapacidad auditiva. Rev Tame. [Internet]. 2018 [citado 2021 May 20];67(20):755-58. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=91816>

11. Chávez Taset I, Tamayo Sánchez MY, Zamora A. El retraso mental y su relaci3n con la Estomatología. Multimed Revista Médica Granma [Internet]. 2017 [citado 2021 May 20];21(4): 342-44.. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=74454>
12. Oliveira del Rio JA, Macías Velásquez ZA, Mendoza Castro AM. Caracterizaci3n clínico-epidemiol3gica de pacientes especiales con gingivitis cr3nica. Revista de Ciencias Médicas. La habana [Internet]. 2017 [citado 2021 May 12];3(4):250-63. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es>
13. Ortiz Quiroga DM, Ariza Y, Pachajoa H. Evaluaci3n de discapacidad en los defectos congénitos: una mirada desde la Clasificaci3n Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Rev Cienc Salud [Internet]. 2017 [citado 13 Ene 2018]; 15 (1): 23-35. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5372>
14. Zamora Tejeda M, Castañeda Deroncel3 M, Hechavarría Martínez BO. Caracterizaci3n clínico epidemiol3gica de pacientes especiales con gingivitis cr3nica. MEDISAN 2017; 21(10):3011. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/>
15. Sueiro Sánchez I, Hernández MA, Díaz Sosa G, Padilla G3mez 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 [citado 2021 May 12]; 14(6):717-26. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2016000600007&lng=es
16. Hernández Millán A, Sueiro Sánchez I, Manresa Peñalver C, Hernández Millán Z, Hurtado-Sánchez D, Barrio-Pedraza T. Determinaci3n del estado de salud bucal en pacientes discapacitados del rea VII en Cienfuegos. Revista Finlay [Internet]. 2014 [citado 2021 May 12]; 4(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/287>
17. Lugones Seuret MJ, Morales Díaz LMI, Mainegra Rodríguez MO. tica bioética y discapacidad. Revista Científica Cultura, Comunicaci3n y

- Desarrollo [Internet]. 2019 [citado 2021 May 12];4(1):39-6. Disponible en: <https://rccd.ucf.edu.cu/index.php/aes/article/view/191>
18. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2016 – 2021. [Internet] 2017. [citado 3 Ago 2017]. Disponible en: <http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Lineamientos%2020162021%20Versi%C3%B3n%20Final.pdf>
19. Martínez Rueda G, Albuquerque A. El derecho a la salud bucal en la Declaración de Liverpool. Rev. Bioét. [Internet]. 2017 [citado 2021 May 12];25(2):224-33. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422017000200224&lng=en
20. González Rodríguez R. Discapacidad vs Dependencia: terminología diferencial y procedimiento para su reconocimiento. Index Enferm [Internet]. 2017 [citado 2021 May 12];26(3):170-74. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962017000200011&lng=es.
21. Barrios LRM. 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 2021 May 12];8(2):166-78. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=91785>
22. Pérez ME, Chabra G. Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. Revista Española de Discapacidad. [Internet]. 2019 [citado 2021 May 12];7(l):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.5569/23405104.07.01.01>
23. Hernández Millán AB, 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 2017 Dic 23];4(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/287>
24. Nirmala SVSG, Degala S. Dental Concerns of Children with Down's Syndrome - An Overview. J Pediatr Neonatal Care Finlay [Internet]. 2017 [citado 2017 Dic 23]; 6(3): 00248. Available from: <http://researchgate.net>

25. Wilson NJ, Lin Z, Villarosa A, George A. Oral health status and reported oral health problems in people with intellectual disability: A literature review, *Journal Intellectual & Developmental Disability*, 2019 [cited 2021 May 20];44(3): 292-304. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13668250.2017.1409596>
26. Waldron C, MacGiolla Phadraig C, Nunn J, Comiskey C, Donnelly-Swift E, Guerin S, Clarke MJ. Oral hygiene programs for people with intellectual disabilities (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 [cited 2021 May 20];4(Art. No. CD012628). Available from: <http://DOI:10.1002/14651858.CD012628>
27. Chinchilla Soto G. Consideraciones al referir pacientes con discapacidad a tratamiento ortodóntico. *Revista Mexicana de Ortodoncia* [Internet]. 2017 [citado 2021 May 20];5(3):144-54. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73824>
28. Horwitz S, Kerker B, Zigler E. Prevalence of Mental Retardation. In: *The Health Status and Needs of Individuals with Mental Retardation*. Special Olympics, Inc. Washington DC; 2016. p.12-18
29. Giraldo Zuluaga MC, Martínez Delgado CM, Cardona Gómez N, Gutiérrez-Pineda JL, Giraldo-Moncada KA, Jiménez-Ruiz PM. Manejo de la salud bucal en discapacitados. *Rev. CES Odont* [Internet]. 2017 [citado 2021 May 20];30(2):23-36. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/4611>
30. Santos PY, Novoa LAM. Percepción de estomatólogos sobre atención estomatológica a pacientes sordos. La Habana, 2016. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. [Internet]. 2017 [citado 2021 May 12];16(5):720-34. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79535>
31. Suárez Zafra D, Cabrera Salas A, de la Torres Hernández IE, Estrada Sánchez GG. Necesidad de tratamiento estomatológico en niños de la Escuela Especial “Jardín de La Alegría”, 2016. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2019 [citado 2021 Mayo 19];56(4):[Aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072019000400005&lng=es

ANEXOS

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 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.

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.

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 o los estudiantes.

Autores:

Nombre y Apellidos	Año Académico

Y para que así conste firma la presente:

Nombres y Apellidos del tutor.

Firma y Cuño

Anexo 4.

Consentimiento informado del Centro Escolar.

A: Director(a) de Escuela Especial Marcelino Ocampo Acea.

Por este medio se solicita su aprobación a la Dra. Elizabet Pardo Bello que se desempeña como Estomatólogo General Básico del policlínico de Aguada de Pasajeros; para facilitar la ejecución de la investigación titulada “Gingivitis crónica en la escuela especial Marcelino Ocampo Acea, municipio Rodas 2020” con el objetivo de identificar el comportamiento de esta patología.

Sin otro asunto que tratar,

Nombre y apellidos. Firma del Director(a)

ANEXO 5.

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 6.

Consentimiento Informado:

Yo _____ manifiesto mi mayor
disposición para participar en la investigación

_____ bajo 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
a cargo de la investigación

Anexo 7.

HISTORIA DE SALUD BUCAL INDIVIDUAL

[illegible]

MOD. 4702-4	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)			
Hemorragicos (as-			
ción y Medicamentos,			
HABITOS			
Succión Lengua			
Proctital, Cepillado			
Bruñismo, Tabaquismo			
Café, Alcohol y otros.			
EXAMEN BUCAL			
(Señalar			
Afectaciones)			
EXAMEN FISICO			
General			
(Piel y Mucosas,			
Hábito Externo)			

DENTIGRAMA

[INFERIOR] [MAXILAR]

18	17	16		15	14	13	12	11	21	22	23	24	25		26	27	28
()	()	()		()	()	()	()	()	()	()	()	()	()		()	()	()
				56	54	53	52	51	61	62	63	64	65				

[DIRECHO] [IZQUIERDA]

	85	84		83	82	81		71	72	73		74	75				
()	()	()		()	()	()		()	()	()		()	()		()	()	()
48	47	46		45	44	43	42	41	31	32	33	34	35		36	37	38

[OCCLUSAL]
[INFERIOR]

DIAGNÓSTICO: _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

[illegible]