

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
CLINICA ESTOMATOLOGICA “NOEL REGALADO”
FLORENCIA

TITULO: Comportamiento clínico y epidemiológico de las afecciones bucales en pacientes retrasados mentales en el municipio Florencia.

(Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral)

Autor: Dr. Yarley Acosta Marrero.

Morón, 2020

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
CLINICA ESTOMATOLOGICA “NOEL REGALADO”
FLORENCIA

TITULO: Comportamiento clínico y epidemiológico de las afecciones bucales en pacientes retrasados mentales en el municipio Florencia.

(Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral)

AUTOR: Dr. Yarley Acosta Marrero.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Clínica Estomatológica “Noel Regalado. Florencia.

TUTOR: Dr. Yan Alberto Marichal Martínez. Especialidad de Primer Grado en Cirugía Maxilo Facial. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Investigador Agregado.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Hospital Provincial General Docente “Roberto Rodríguez Fernández”. Morón

ASESORA: Dra. Nadine Reyes Velázquez. Especialidad de Primer Grado de Estomatología General Integral. Profesor Asistente.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Facultad de Ciencias Médicas. Arley Hernández Moreira Fernández”. Morón

Morón, 2020

AGRADECIMIENTOS

A todos mis Profesores, amigos y familiares que de una forma u otra
Han participado en la realización de esta investigación
A todos, Muchas gracias

PENSAMIENTO

“Todo el oro del planeta no puede doblegar la conciencia de un verdadero guardián de la salud y de la vida”

Fidel Castro Ruz.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo para caracterizar clínico y epidemiológicamente las enfermedades bucales en los retrasados mentales que fueron atendidos en la clínica Estomatológica “Manuel Regalado” en el municipio de Florencia de la provincia de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido de septiembre de 2018 mayo de 2020. El universo se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, constituido por 22 pacientes, con el objetivo de determinar el comportamiento clínico y epidemiológico de las afecciones bucales en pacientes retrasados mentales. Se tuvieron en cuenta diversos aspectos tales como: la distribución de los grupos, según edad, en los que imperó el grupo de edad de 10 a 18 años. Con respecto a las diferentes enfermedades bucales predominó la caries dental. Teniendo en cuenta los diferentes grados de la caries dental el mayor porcentaje se ubicó en la de cuarto grado. Al realizar el estado de salud gingival el mayor número lo representa la gingivitis crónica edematosa. Según el estado periodontal, el mayor número de pacientes lo presento la periodontitis leves. Al analizar el grado de severidad de las maloclusiones, el mayor porcentaje se presentó como leve. Con respecto a otras patologías presentes en la muestra, predomino el bruxismo.

ÍNDICE**PÁGINAS****INTRODUCCIÓN 1****MARCO TEORICO 6****MATERIALES Y METODOS 16****RESULTADOS Y DISCUSION 20****CONCLUSIONES 27****RECOMENDACIONES 28****REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 29**

INTRODUCCION

El retraso mental consiste en una adquisición lenta e incompleta de las habilidades cognitivas durante el desarrollo humano, que conduce finalmente a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.⁽¹⁾

.Las personas con necesidades especiales presentan condiciones médico-psíquicas de desarrollo o cognitivo, que limitan su capacidad para desarrollar su vida cotidiana y por consiguiente requieren de una atención de salud integral, integrada, multidisciplinaria, que tenga en cuenta a su familia y a los diferentes sectores de la sociedad. Se considera que a nivel mundial la mayoría de la población con retraso mental no recibe atención bucodental acorde a sus requerimientos.⁽²⁾

La ignorancia, el temor a causar un daño, la falta de imaginación o de conocimiento de cómo desarrollar en ellos un tratamiento conservador, son los factores determinantes de soluciones extremas como las extracciones múltiples, sin tomar en cuenta las mutilaciones que ello significa, o bien directamente, el rechazo del paciente y la negatividad a su atención. A pesar de haberse reconocido el importante papel que representa la profesión dental en la rehabilitación de los retrasados mentales, no siempre son atendidos con agrado y muchos estomatólogos no se motivan a aceptarlos como pacientes, emitiendo criterios de remisión sin intentar atenderlos por la vía convencional.⁽³⁾

Los infantes también son susceptibles a algunas formas de enfermedades que aparecen en la cavidad bucal, dándole especial atención a las entidades que afectan los grupos jóvenes. El conocimiento y entendimiento conceptual de éstas es importante para el establecimiento de un grupo de medidas preventivas.⁽⁴⁾ Las discapacidades de desarrollo hacen que el cuidado dental sea un desafío y muchos pacientes con discapacidades presentan necesidad de tratamiento estomatológico, los cuales deben ser atendidos de manera especial por parte del Estomatólogo correspondiente. El estado de salud bucal de los pacientes retrasados mentales de acuerdo a informaciones encontradas nos dice que la mayoría de la población

que presenta esta enfermedad se ve afectada por enfermedades como la caries dental, afecciones gingivales y periodontales, maloclusiones y pobre calcificación de los dientes y el hueso dificultando así su deglución y el habla, por lo que se hace necesario el tratamiento integral de estos pacientes en la consulta de estomatología.⁽⁵⁾

Se puede decir, también, que el cuidado bucal y el control de la placa son fundamentales en el equilibrio de la flora normal y la colonización potencial de gérmenes patógenos y lesiones oportunistas.⁽⁶⁾

La promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Supone emplear activamente a la población en los aspectos de su vida cotidiana.

La prevención de las enfermedades puede realizarse en diferentes etapas de su desarrollo. La prevención primaria es aquella que se dirige a las personas sanas para promover acciones saludables o para decidir sobre la adopción de medidas que contribuyan a prevenir determinadas enfermedades. Es necesario agregar que el estomatólogo es el principal responsable del cumplimiento y ejecución de todas las actividades de promoción y prevención que se realicen en la población. ⁽⁷⁻¹¹⁾

La minusvalía psíquica condiciona un cambio en la capacidad de razonamiento, por lo que se necesita de una enseñanza paulatina, además de un ayudante para lograr exitosamente un buen control de las técnicas de higienización oral.

No es sencillo dominar una técnica eficaz para el cepillado dental y algunos niños no poseen la destreza manual para lograrlo; este es el caso particular de los pequeños que tienen menos de cinco o seis años.⁽⁸⁾

Estos niños no poseen problemas dentales característicos, sin embargo por su mala higiene bucal y hábitos dietéticos cariogénicos sufren índices de caries y enfermedades periodontales más elevados que los niños normales, de ahí la importancia de una educación sistemática encaminada a prevenir estas enfermedades. Además cuando estos niños son educados con métodos y procedimientos especiales y cuando se comienza desde la más

temprana edad el proceso educativo, se obtienen logros en el desarrollo de los procesos psíquicos.⁽⁹⁾

El estado dental de los niños retrasados puede estar relacionado directa o indirectamente con sus impedimentos mentales.

El niño retrasado puede o no tener problemas dentales complejos o específicos, pero sus incapacidades mentales a menudo impiden hábitos dentales y dietéticos adecuados, creando así serias amenazas a su salud dental.⁽¹⁰⁾

Para los que abrazamos la labor educativa en la profesión odontológica, se necesita lograr un cambio de actitud, hábitos o conducta lo cual requiere de un prolongado periodo de tiempo así como el apoyo de padres y familiares además de un personal sensibilizado para esta tarea. ⁽¹¹⁾

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

- Retraso mental fronterizo - CI (68-83)
- Retraso mental ligero - CI (52-67)
- Retraso mental moderado - CI (36-51)
- Retraso mental severo - CI (20-35)
- Retraso mental profundo - CI (por debajo de 20)

Como vimos en la clasificación de retraso mental este puede ser fronterizo, ligero, moderado, severo y profundo. En principio un tratamiento de urgencia puede y debe realizársele a cualquiera de estos individuos y después remitirlos al área hospitalaria correspondiente si es necesario.

Este trabajo logró la incorporación activa de los niños dentro de la sociedad ya que al sensibilizarlos con la necesidad de mantener una correcta higiene bucal los convertimos en personas capaces de transmitir, a su forma, mensajes de salud al resto de la comunidad y la familia, lo que les permitirá una mejor socialización y mayor aceptación dentro del colectivo.

⁽¹²⁾

Motivados por la necesidad de buscar soluciones a través de acciones educativas a la instrucción en salud de los niños retrasados mentales, nos dimos a la tarea de realizar esta revisión con el propósito de contribuir a la educación para la salud bucal en niños con retraso mental, describir el comportamiento de los mismos, además de evaluar la higiene bucal de los niños durante la realización de este trabajo.

Teniendo en cuenta los argumentos mencionados anteriormente y el limitado conocimiento sobre el comportamiento de las diferentes afecciones o enfermedades bucales que más afectan a la salud bucal de los pacientes con dicha patología y por lo difícil que se hace su atención, es indispensable la realización de investigaciones que proporcionen el manejo adecuado de este tipo de pacientes.

Antes esta problemática se precisa el siguiente **problema científico**:

¿Qué comportamiento clínico y epidemiológico presentan las afecciones bucales en pacientes retrasados mentales?

Para el desarrollo de la investigación se plantean los siguientes

Objetivos:

Objetivo General.

Determinar el comportamiento clínico y epidemiológico de las afecciones bucales en pacientes retrasados mentales que acuden a la clínica estomatológica “Noel Regalado” del municipio de Florencia en el periodo comprendido de Septiembre 2018 a Mayo 2020.

Objetivos Específicos.

1. Fundamentar los sustentos teóricos sobre las afecciones o enfermedades bucales más frecuentes en los pacientes retrasados mentales.
2. Distribuir la muestra según edad y grado de retraso mental.
3. Diagnosticar las diferentes enfermedades bucales en la muestra según grado de retraso mental.
4. Clasificar los diferentes tipos de caries dental, Enfermedad Gingival, periodontopatías y el grado de la maloclusión según grado de retraso mental.
5. Establecer la presencia de enfermedades micótica, sepsis generalizada y bruxismo según grado de retraso mental.

6. Novedad Científica:

Con la ejecución de esta investigación se identifica el comportamiento clínico y epidemiológico que presentan las afecciones bucales en pacientes retrasados mentales, además ofrece una actualización sobre este tema en el universo de estudio.

Los resultados esperados proporcionarán un impacto social, para el desarrollo de acciones concretas y oportunas de salud, en dicha población, que permitan reducir la incidencia de estas afecciones o enfermedades bucales, la necesidad de tratamientos, minimizar el elevado costo de estos tratamientos, así como mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

MARCO TEÓRICO

El retraso mental (RM) está definido como una condición, por lo general permanente, originada en algún momento de la vida entre el nacimiento y los 18 años de edad, y caracterizada por una capacidad intelectual deficiente y por la alteración concomitante de la actividad adaptativa. Es considerado como un síndrome que comprende muchas entidades clínicas. Su principal característica es el déficit de la función intelectual. Según algunos autores se trata de un estado de desarrollo mental incompleto, que el individuo es incapaz de adaptarse, por sí mismo, al medio ambiente normal de sus compañeros. La capacidad intelectual general de la persona es significativamente inferior al coeficiente intelectual promedio (aproximadamente un coeficiente de inteligencia de 70 o menor), y su comportamiento no presenta el nivel de independencia personal y de responsabilidad social esperado a esa edad y en la cultura de esa persona. ^(13,14)

Se caracteriza también por un funcionamiento intelectual significativamente inferior al normal, que se manifiesta en el curso del desarrollo y se traduce por falta de adecuación en la conducta adaptativa. Esta es una definición práctica que permite reconocer el RM en momentos distintos del desarrollo y los indicadores principales son fallas en las conductas que indican interacción con el medio, tanto a través de la integración personal-social, como el desarrollo del lenguaje. En la edad escolar se agrega como parámetro el fracaso en el aprendizaje del niño. ⁽¹⁵⁾ Decir, también, que el hecho de que un niño padezca de dicha enfermedad no es motivo para que sea tratado como una persona aislada sino que debemos saber interactuar con ellos y hacer que se sientan parte de la sociedad.

Es importante convencerse de que no es una enfermedad, sino un estado de discapacidad que se manifiesta antes de los 18 años de edad y se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior al promedio, así como también por alteraciones de la capacidad adaptativa. ⁽¹⁶⁾

El RM se encuentra en todas las razas y en todas las culturas, y se estima que se presenta en un 3 % de la población mundial y en el 10 % de la población infantil con algún tipo de discapacidad. La inmensa mayoría (85 %) es educable. Los entrenables constituyen el 10 % y los custodiables el 5 % del total. ⁽¹⁷⁾

En Cuba, desde 1984 surgió el modelo de atención del Médico y la Enfermera de la Familia, y con ello la garantía de una atención integral y multidisciplinaria dentro de la propia comunidad a estas personas con retraso mental.⁽¹⁸⁾

Los pacientes con trastornos mentales están sometidos a un mayor número de factores de riesgo de enfermedades bucodentales. Ello debido a los efectos secundarios de las medicaciones que consumen, la falta de autocuidado, la dificultad para acceder a atención, la actitud hacia los profesionales sanitarios y también la falta de cooperación en los tratamientos dentales. Los trastornos mentales más comunes en nuestra población incluyen a la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la demencia. En trastornos como la ansiedad y la depresión, el mayor problema está en la pérdida del interés hacia la salud, lo que deriva en una mala higiene. Las patologías bucodentales más frecuentes en estos pacientes son las caries y las enfermedades periodontales. El objetivo de esta breve revisión narrativa, es proporcionar información actualizada sobre el manejo de las enfermedades bucodentales de pacientes con trastornos mentales.^(19,20)

El RM puede ser considerado como un problema médico, psicológico o educativo, pero se trata fundamentalmente de un problema social. Conocer las causas o factores que mantienen la prevalencia de esta entidad nos permitirá accionar sobre el futuro de estos pacientes y otorgarles una mejor calidad de vida.⁽²¹⁾

Es uno de los trastornos que requiere de un mayor número de actuaciones profesionales de diversos órdenes en todos los aspectos de la intervención, como ha sido señalado, representa un ejemplo de acercamiento interdisciplinario y de avanzada en la búsqueda de servicios (educativos, médicos, psicológicos). Esta necesidad de establecer intervenciones desde diferentes y variados ámbitos y disciplinas para configurar el marco global de atención a este tipo de pacientes, supone un gran compromiso para los profesionales de la salud mental, y es en la APS donde pueden ejercerse acciones muy específicas con estos pacientes y sus familiares, de ahí su importancia.⁽²²⁾

Como ha sido señalado, es imprescindible actuar sobre los recursos, equipamientos y el grado de especialización de los profesionales implicados en la atención a estos pacientes, sin obviar a las familias, que constituyen el verdadero soporte asistencial de éstos.

Igualmente el asesoramiento genético que debe brindarse a estas familias resulta de vital importancia en este sentido.⁽²³⁾

El retraso mental no es un síndrome ni una enfermedad, por lo que es difícil o imposible predefinir las características clínicas de los pacientes afectados. Como reflejábamos al inicio, esta discapacidad intelectual se va a expresar mediante dificultades adaptativas en diferentes ámbitos cotidianos. La escolarización, y posteriormente la capacidad laboral estarán limitadas. La relación social, el grado de comunicación con los demás y la dependencia podrán estar igualmente comprometidas, dependiendo de la intensidad del retraso, el origen y los factores clínicos sobreañadidos.⁽²⁴⁾

Es frecuente que los pacientes con retraso mental presenten otros problemas neurológicos o tratamientos farmacológicos asociados que contribuyen de forma desfavorable sobre los aspectos adaptativos.⁽²²⁾

Aunque los tipos de discapacitados varían según los países, en todo el mundo parece estar aumentando el número de niños discapacitados. Habitualmente se observa en este grupo de pacientes una deficiente higiene bucodentaria con elevado índice de placa o gingivitis, presencia de cálculo en edades muy precoces, intensa halitosis y restos alimenticios adheridos a los dientes. Existe en ellos predominio de dietas blandas, cariogénicas, ricas en hidratos de carbono y con un alto contenido de sacarosa, alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal, hipertrofias gingivales producidas por hidantoínas, infecciones e inflamaciones crónicas o agudas recidivantes (granulomas periapicales, celulitis, entre otras), odontalgias periódicas, exodoncias en lugar de tratamientos conservadores, pacientes muy jóvenes desdentados parcial o totalmente, mayor incidencia de maloclusiones que la población general, oclusión traumática y bruxismo frecuente, con abrasiones e hipersensibilidad dentarias. Las deficiencias y las discapacidades pueden acarrear enfermedades estomatológicas o aumentar las necesidades asistenciales al nivel bucal. El grado de deterioro dental y gingival en ocasiones implica tiempos prolongados de tratamiento. Como es obvio, todo esto lleva a afirmar que la salud bucal de los retrasados mentales es significativamente peor que la de los no retrasados, pues existe una prevalencia universal de la enfermedad periodontal y una higiene bucal más pobre.^(25, 26)

El manejo odontológico para este grupo de personas con condiciones especiales, evidencia la presencia de barreras al momento de la atención y la falta de experiencia de los

profesionales en el manejo de este tipo de pacientes y una orientación adecuada a sus cuidadores.⁽²⁷⁾

Algunos odontólogos consideran no sentirse preparados para atender una persona con retraso mental, enfrentándose con frecuencia a temores y dudas sobre el manejo que debe asumir ante una persona con esta condición, por cuanto los vínculos de comunicación tienen un componente adicional de dificultad; sin embargo, el profesional está en la obligación de proporcionar una odontología que ofrezca mentes y sonrisas sanas ^(28,29).

Asumir la dificultad que genera la llegada de un paciente con retardo mental en la rutina de una consulta, la necesidad de buenas condiciones y el tener equipos adecuados, no son una tarea fácil; requiere preparación para prestar un servicio digno ⁽¹⁸⁾.

En respuesta a esta situación han surgido iniciativas, como la creación del Programa de Atención al Retraso Mental que fomenta la atención igualitaria para este tipo de pacientes y el enfoque en salud bucal como parte de la salud integral del paciente. Con el avance en la salud es necesario repensar la práctica odontológica centrada en el paciente en situación de retraso mental, generando estrategias de comunicación, así como dispositivos que mejoren la higiene bucal con el apoyo de los cuidadores, facilitando esta actividad que es la base del bienestar.

Este trabajo tiene como propósito motivar al profesional de la salud bucal a incorporarse al ámbito de la atención integral en salud, involucrándose en los equipos multidisciplinarios para brindar una atención de calidad a los pacientes en esta condición, quienes tienen menores posibilidades de acceso a los servicios de salud bucal que la población general y facilitarle el camino a los cuidadores. ⁽³⁰⁾

En la literatura se evidencian estrategias para el manejo integral de los pacientes con condiciones especiales en odontología, que sugiere mejor capacitación de los estudiantes en las facultades, así como también, se encuentra un común denominador en los países latinoamericanos en lo que se refiere a la falta de instituciones adecuadas para tratarlos y la poca participación del tema del cuidado dental.⁽³¹⁾

Los pacientes en condición de retraso mental requieren de cuidados especiales para realizar su higiene de acuerdo a su edad, cooperación, nivel de inhabilidad y compromiso sistémico, porque puede desarrollar fácilmente enfermedades debidas al tiempo prolongado de retención de la comida en la boca, lo que ocasiona inflamación gingival, caries y enfermedad

periodontal; por tanto dolor, disfunción, incomodidad y necesidad de tratamientos largos y de dudable pronóstico. Estos problemas afectan su calidad de vida, teniendo limitaciones en el habla, halitosis, alteraciones en el gusto y molestias al comer ⁽³²⁾.

La discapacidad mental puede tener muchas causas, y esta puede ser desde el nacimiento o posterior, puede haber causas genéticas, metabólicas, congénita o ambientales (accidente, enfermedad que provoque daño, malnutrición, efectos de drogas u otros tóxicos, problemas en el desarrollo o educación.)^(33, 34)

El objetivo de la atención estomatológica a este grupo de población está dirigido a elevar el nivel de su salud bucal, promoviendo salud y previniendo las enfermedades bucodentales, así como garantizando su curación y total recuperación. Para ello se requiere que los estomatólogos formen parte activa del equipo multidisciplinario que brinda atención a estas personas en cada área de salud, institución educativa o de salud pública, o en los servicios creados para su atención en hospitales. Es necesario señalar que el papel del estomatólogo es confeccionar sus historias clínicas, para así brindar una atención íntegra y con calidad a este grupo de pacientes. ⁽³⁵⁾

Las personas con deficiencias se encuentran encerradas en una burbuja de la que mucha gente no quiere que salgan por miedo a que no se puedan desenvolver de forma adecuada con el resto de la sociedad. Este miedo lo único que hace es que cada vez se sientan menos útiles y su autoestima se encuentre en niveles cada vez más inferiores.⁽³⁶⁾

La manera que tienen de sentirse personas realizadas en la sociedad es la de realizar una vida en sociedad como cualquier otra persona, cómo realizar las tareas domésticas, buscar empleo, salir a la calle y desenvolverse socialmente...son las llamadas habilidades sociales. Estas habilidades sociales se estudian de forma sistemática a partir de los años 60, las habilidades sociales son definidas como conductas que se aprenden, que están orientadas a fines que pueden ser: materiales, sociales o autorrefuerzos, que deben respetar las normas sociales en cada situación, con distintos componentes y con distintos elementos. Podemos agregar que las habilidades sociales dependen de las personas implicadas y de los factores de situación. Las personas con discapacidad tienen déficit en habilidades sociales que se pueden referir al retraimiento social o la sumisión, y a la agresión social.^(37, 38)

Los pasos en el entrenamiento en habilidades sociales son:

- Instrucción: dar información y mostrar el comportamiento adecuado.
- Práctica: reproduce la conducta observada varias veces.
- Perfeccionamiento: se modela y perfecciona la conducta.
- Mantenimiento y generalización: conductas entrenadas se reproducen en otras situaciones.

Para potenciar la adquisición de habilidades sociales deben de conocer las capacidades biológicas, mentales y sociales de cada individuo; para ello se requiere una evaluación inicial, se definen los objetivos a conseguir y se establecen los pasos que se van a llevar a cabo así como la retroalimentación, la generalización y el mantenimiento de los cambios conseguidos. Teniendo en cuenta todas estas nociones podemos idear un programa de actividades que pueda adaptarse a cada persona y así ayudar a su desarrollo intelectual. Actividades tan simples como realizar la comida, planchar, limpiar la casa y ducharse son tareas que a priori son dificultosas para estas personas, pero que tras un buen sistema de aprendizaje por medio de monitores en escuelas de educación especial, o con el gran apoyo de las familias y voluntarios, estas tareas y muchas otras se convierten en un satisfactorio juego que los realiza como personas totalmente normales dentro de la sociedad. ^(39, 40)

A continuación detallaremos los cuidados en la manipulación de estos pacientes, que son válidos para la atención primaria y para la hospitalaria.

En los RM fronterizos si eliminamos tabúes y miedos, estos pacientes pueden ser tratados como cualquier individuo normal.

Para ello es necesario relacionarnos con ellos desde su infancia o establecer una estrecha comunicación si son adultos.

El objetivo fundamental es ganarnos su confianza y la de sus familiares. Con esto vencido iniciaríamos el tratamiento contando con su colaboración. ⁽⁴¹⁾

Un aspecto negativo que tenemos al tratar a estos pacientes es el exceso de saliva y su intranquilidad es recomendable que la cita sea en horas de la mañana cuando están frescos y no tienen la agresividad que pueda aparecer cuando cambian de medio, aumentando la

intranquilidad y la sialorrea. Además podemos pedir que sean traídos a la consulta cuando están bajo los efectos de los medicamentos si habitualmente toman algún sedante. ⁽⁴²⁾

No existe una regla para atenderlos, depende de su estado de ánimo, vendrán un día dispuestos a sentarse y recibir cualquier tratamiento y otros no querrán más que la visita social, explorando la consulta y sus ocupantes. Eso hay que admitirlo y no obligarlos, esto provocaría rechazo al local, al tratamiento y al odontólogo. ⁽⁴³⁾

En el caso del RM ligero, el proceder debe estar modulado por la necesidad y posibilidad, pues a veces es posible tratarlos usando abreboca, taco de goma o dedil de acrílico que nos permita realizar la actividad.

Es importante usar el ingenio para que la velocidad con que hagamos las cosas sea máxima sin afectar la calidad del tratamiento.

Se necesita una ayuda muy eficiente por parte del técnico de atención estomatológica que asista en la consulta pues hay que preparar instrumental y materiales antes de tocar al paciente para que todo fluya adecuadamente. ⁽⁴¹⁾

Entre los materiales obturantes que mejor resultado nos han dado con estos pacientes, están: El Ionómero de Vidrio, con o sin limalla de plata y el Policarboxilato con limalla de plata. Estos materiales obturantes tienen la ventaja que aunque no podamos hacer las cavidades terapéuticas con todos los requerimientos por ejemplo usando instrumentos de mano logrando eliminar tejidos reblandecidos, podemos colocar los materiales sin necesidad de fondos, agilizándose el proceso. Agregar aquí que en los pacientes de mejor conducta podemos hacer los procedimientos habituales pero debemos dejar claro que el uso de resinas no es recomendable a causa de la sialorrea, la intranquilidad y la imposibilidad de aislamiento. Quedaría solo para dientes anteriores en determinados casos y preferiblemente la autopolimerizable. ^(44, 45)

En estos pacientes lo más importante es lograr la prevención desde que nacen, estableciendo patrones de higiene bucal para ellos y para sus padres, convenciéndolos que de esta manera evitan sufrimientos futuros a sus hijos dándole reglas de conductas higiénicas como el cepillado, frotación de la superficies de los dientes con una gasa, algodón, o un paño muy limpio que se use para este efecto. ⁽⁴⁸⁾ Aplicar laca flúor o barnices preventivamente así como flúor en enjuagatorio o dentífrico que innegablemente previenen

caries. Explicar que dejar restos de alimentos en la boca es provocar a largo o mediano plazo caries y periodontopatías. ^(46, 47)

Aunque estos pacientes no son tributarios de un tratamiento de ortodoncia clásica, sí es posible planificar cuando hay discrepancia hueso-dientes negativas, exodoncias que permitan armonizar los arcos estética y funcionalmente.⁽⁴⁹⁾ Podemos decir, también, que en algunos casos además, tenemos la experiencia, de que retrasados mentales ligeros pueden ser rehabilitados protésicamente. Hay que aclarar que debe hacerse una correcta selección del paciente que debe incluir la opinión del psiquiatra y el neurólogo.⁽⁵⁰⁾

El tratamiento de las lesiones bucodentales a los pacientes con retraso mental, resulta muy difícil de realizar habida cuenta de la complejidad de su atención. En su gran mayoría, son pacientes afectados severamente, con trastornos de la función motora, debilidad muscular, espasticidad o flacidez, escasa coordinación vasomotora, temblores o rigidez y algunos con afectación de los músculos masticadores y del cuello.^(51, 52)

Alteraciones bucales más frecuentes en los pacientes retrasados mentales:

1. -Caries dental
2. -Enfermedad gingival
3. -Enfermedad periodontal
4. - Maloclusión
5. - Diente Retenido
6. -Enfermedades Micóticas
7. -Sepsis Generalizadas
8. -Bruxismo

Estas alteraciones ocurren porque las habilidades para coordinar sus movimientos no le permita el uso de cepillo adecuadamente unido al consumo de dieta criogénica y la ingestión de medicamentos que repercutan en la morfología gingival.⁽⁵³⁾ Además añadir, que el niño, debido a su retraso, no es consciente de los daños que le puede ocasionar un cepillado incorrecto, ni de las consecuencias que puede traer el consumo de una dieta rica en alimentos dulces y azucarados.⁽⁵⁴⁾

El 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. ⁽⁵⁵⁾

El tratamiento estomatológico 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. Este método permite la utilización de técnicas adecuadas, capaces de brindar una atención con calidad a estos pacientes. ⁽⁵⁶⁾

Se realizarán las coordinaciones en el área de salud con médicos de familia, comunidad y otras instituciones, cuando fuese necesario, para garantizar el traslado de los pacientes hacia la institución que le corresponda por la regionalización establecida y dando cumplimiento a la resolución 232 del MINSAP, y se seguirá por el estomatólogo que le corresponda de conjunto con el médico de familia y asistencia social su evolución. ⁽⁵⁷⁾ Se puede añadir que el objetivo de todo esto es lograr que el paciente con retraso mental sea atendido de la manera más eficaz posible de acuerdo a sus posibilidades para lograr así una correcta salud bucal en los mismos. ⁽⁵⁸⁾

El tratamiento convencional se debe realizar a aquellos pacientes tributarios del mismo, en las clínicas de su área de salud. Los métodos convencionales de tratamiento no logran generalmente el objetivo de restaurar la salud de los RM. ⁽⁵⁹⁾

El tratamiento bajo anestesia general permite la utilización de técnicas adecuadas; atención con más calidad. ⁽⁶⁰⁾

La atención no convencional a RM profundos se brindará en los pueblos cabeceras de la provincia, hospitales pediátricos, clínico quirúrgico general dando 3 turnos semanales. ⁽⁶¹⁾

Los pacientes son atendidos y estudiados en consulta externa y una vez decidido su ingreso se registrará por las normas hospitalarias. Al paciente con anestesia general se le confecciona un dentigrama y previa autorización de los padres y se hace necesaria la rapidez para efectuar el tratamiento para disminuir el tiempo anestésico. ⁽⁶²⁾

La atención se hace en estrecha coordinación con los departamentos de trabajo social. Además, se debe tener en cuenta la dosis necesaria y esencial de anestesia en este tipo de pacientes dadas sus afecciones de salud.⁽⁶³⁾

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo para caracterizar clínico y epidemiológicamente las enfermedades bucales en los retrasados mentales que fueron atendidos en la clínica Estomatológica “Manuel Regalado” en el municipio de Florencia de la provincia de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido de septiembre de 2018 mayo de 2020.

El **universo** se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, constituido por 22 pacientes que acudieron a la clínica Estomatológica “Manuel Regalado” y que respondieron a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Todos los pacientes con diagnóstico de Retraso Mental.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que sus historias clínicas estén incompletas.
- Pacientes con retraso mental moderado, severo y profundo.

Para la investigación se tendrá en cuenta los siguientes **métodos científicos**:

Del nivel teórico:

El método **histórico – lógico** en la fundamentación de los sustentos teóricos de las enfermedades bucales en pacientes retrasados mentales en el contexto actual.

El método **analítico - sintético** en la identificación de las diferentes enfermedades bucales.

El **dialéctico - materialista** en la determinación de las relaciones contradictorias que se dan en el objeto y que constituyen una fuente de desarrollo como base metodológica de la investigación.

Del nivel empírico:

La **revisión de documentos** para caracterizar clínica y epidemiológicamente a las enfermedades bucales en pacientes retrasados mentales. (Anexo 1)

Principales variables o dimensiones.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa interval	0-4 años 5-9 años 10-18 años 19-35 años	Según años cumplidos	Número y porcentaje según Grupo etéreo.
Tipo de Retraso Mental	Cualitativa nominal politómica.	- Fronterizo -Ligero	Según clasificación de retraso mental.	Número y porcentaje según clasificación de retraso mental.
Tipo de enfermedad Bucal	Cualitativa nominal politómica.	-Caries dental -Enfermedad gingival -Enfermedad periodontal - Maloclusión - Diente Retenido -Enfermedades Micóticas -Sepsis Generalizadas -Bruxismo	Según tipo de enfermedad bucal	Número y porcentaje Según tipo de enfermedad bucal
Caries dental	Cualitativa nominal politómica.	-Caries de esmalte -Caries en	Según grado de profundidad.	. Número y porcentaje Según grado

		dentina superficial -Caries en dentina media -Caries en dentina profunda		de profundidad.
Enfermedad gingival	Cualitativa nominal politómica	-Fibrosa -Edematosa -Fibroedematosa	Según clasificación general	. Número y porcentaje según clasificación general
Enfermedad periodontal	Cualitativa nominal politómica	-Leve -Moderada -Severa	Según clasificación general	Número y porcentaje según clasificación general
Maloclusión	Cualitativa nominal politómica	-Leve -Moderada -Severa	Según clasificación general	. Número y porcentaje según clasificación general
Otras Patologías	Cualitativa nominal	-Enfermedades micóticas -Sepsis oral generalizada -Bruxismo	Según la presencia	Número y porcentaje Según la presencia

Aspectos éticos: Se respetaran las normas estomatológicas vigentes en el país, como el buen trato a pacientes y familiares, se guardara confidencialidad sobre datos obtenidos en consulta y se utilizaran con fines médicos.

RESULTADOS Y DISCUSION

Tabla 1. Distribución en grupos de edades de pacientes con enfermedades bucales de acuerdo a tipo de retraso mental. Comportamiento clínico y epidemiológico de las afecciones bucales en pacientes retrasados mentales del municipio de Florencia en el periodo comprendido de Septiembre 2018 a Mayo 2020.

Grupo de Edad	Clasificación.					
	Fronterizo		Ligero		Total	
	No	%	No	%	No	%
0 - 4	1	4.5	2	9.1	3	13.6
5 - 9	3	13.6	1	4.6	4	18.2
10 - 18	5	22.7	7	31.7	12	54.4
19 -35	2	9.1	1	4.6	3	13.6
Total	11	50	11	50	22	100

Fuente: Historia Clínica Individual.

Al analizar la distribución de la población examinada según edad y clasificación de retraso mental se corrobora que la muestra queda conformada con un total de 22 pacientes, existiendo un igual número de pacientes clasificados como fronterizo y ligero con 11, representando el 50% de la población estudiada. El grupo de edad que más influyó en la muestra estudiada fue de 10 – 18 años, con un total de 12 pacientes, los que constituyen el 54.4% del total de la población.

Según el estudio realizado por la Dra. Sueiro Sánchez I en Espartaco, municipio Palmira, Cienfuegos ⁽⁶⁴⁾ se mostró un aumento en los pacientes de 10 – 18 años, coincidiendo con los resultados en cuanto a grupo de edad de 0 – 4 años, donde existió igual número de pacientes, teniendo en cuenta que la misma en su investigación plantea que al sobrepasar la edad de 18 años, existe una disminución gradual de los pacientes retrasados mentales debido a que estos no alcanzan muy a menudo la edad adulta.

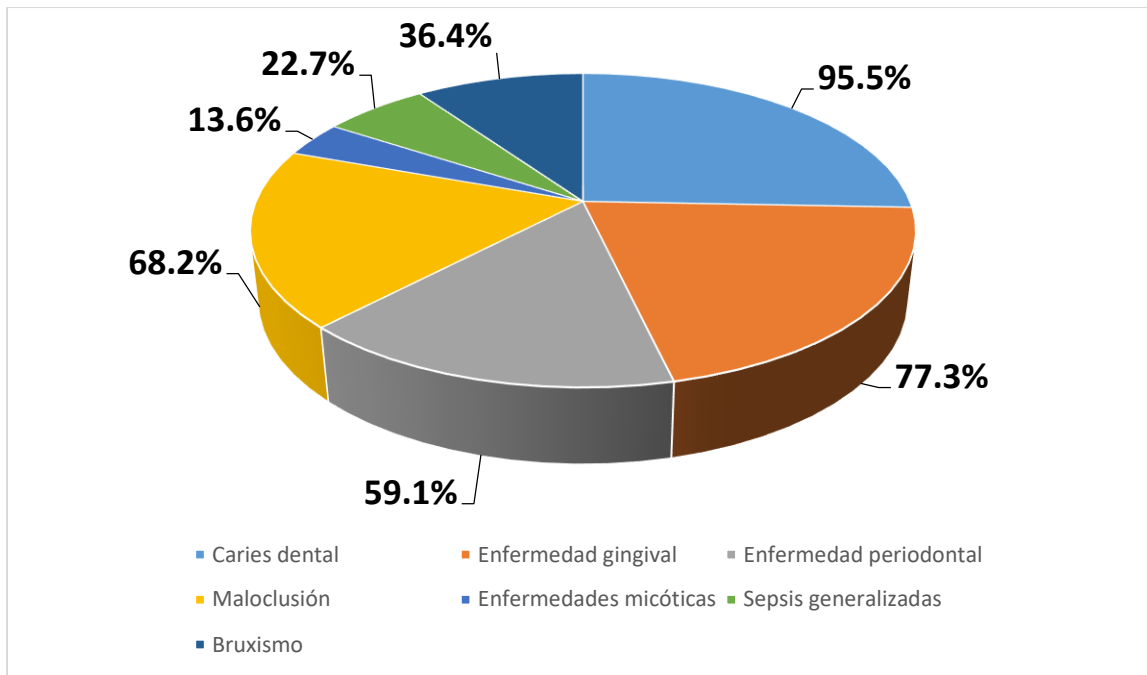


Gráfico 1. Distribución del grupo de pacientes retrasados mentales según enfermedades bucales presentes.

En el gráfico número 1 se analiza la presencia de enfermedades bucales en los pacientes retrasados mentales estudiados, donde de un total de 22 pacientes 21 presentan caries dental, lo cual representa el 95.5% de la población estudiada, esto se debe a la presencia de apiñamiento dentario y la falta de conocimiento sobre la forma del cepillado dental, ya que la mayoría de ellos deben ser ayudados por sus padres o tutores y muchas veces realizan esta actividad sin compañía, lo cual provoca el acúmulo de placa dentobacteriana y por tanto la presencia de caries dental, algo que predispone a que 17 de ellos presentan enfermedad gingival para un 77.3% del total de pacientes estudiados y el 59.1% enfermedad parodontal, seguido de ellos se encuentra representada la maloclusión con 15 pacientes para un 68.2%, después se pueden apreciar 3 pacientes con enfermedades micóticas que representan el 13.6%, además se pueden observar 5 pacientes con sepsis generalizada lo cual representa el 22.7% del total de la población y finalmente 8 pacientes afectados con bruxismo.

Estos datos coinciden en su totalidad con el estudio realizado por la Dra. Sueiro Sánchez I donde la enfermedad predominante fue la caries dental con un 91.5%, seguida de la enfermedad gingival, la cual representó el 79.5% de la muestra. ⁽⁶⁴⁾

Tabla 2. Distribución del grupo de pacientes con retraso mental, según grado de profundidad de caries dental.

Clasificación según profundidad	Fronterizo		Ligero		Total
	No	%	No	%	No
Caries de esmalte	2	40	3	60	5
Caries en dentina superficial	15	46.9	17	53.1	32
Caries en dentina media	21	56.7	16	43.3	37
Caries en dentina profunda	26	53.1	23	46.9	49

En la tabla número 2, donde se evalúa el grado de profundidad de las caries presentes, podemos apreciar que la de caries dental de cuarto grado es la que más afecta la población en estudio con un total de 49afecciones, siendo los retrasados mentales fronterizos los más afectados con 26caries, lo cual representa el 53.1%, teniendo en cuenta que esta afecta la pulpa dentaria y es la de peor pronóstico para la conservación y futura evolución de la misma, seguido de esto encontramos la caries de tercer grado como segunda afección importante con 37,viéndose más afectadostambién los retrasados mentales fronterizos con 21 afecciones lo cual representa el 56.7% del total.

Al comparar los resultados obtenidos con los del estudio de la Dra. Sueiro Sánchez I, se concluye que estos no coinciden ya que en su investigación predominó la afección de caries de tercer grado y los pacientes más afectados fueron los que presentaban retraso mental ligero, debido a que los mismos presentan un menor grado de aprendizaje a la hora de realizar las actividades de higiene bucal. ⁽⁶⁴⁾

Tabla 3. Distribución del grupo de pacientes que padecen de enfermedad gingival según textura superficial y grado de retraso mental.

Clasificación según textura superficial	Clasificación					
	Fronterizo		Ligero		Total	
	No	%	No	%	No	%
Fibrosa	2	20	1	14.3	3	17.6
Edematosa	6	60	4	57.1	10	58.8
Fibroedematosa	2	20	2	28.6	4	23.5
Total	10	58.8	7	41.2	17	100

En la anterior tabla se analiza la presencia de enfermedad gingival en la población estudiada, en la cual podemos observar que la predominante fue la gingivitis crónica edematosa con 10 pacientes representando un 58.8% del total, donde el signo más alarmante fue el sangramiento gingival profuso al mínimo estímulo y la presencia del color rojo intenso en las encías, características significativas de dicha enfermedad, seguido por la gingivitis crónica fibroedematosa con 4 pacientes lo cual se encuentra representado en un 23.5% donde el componente predominante fue el fibroso en todos los pacientes. Por último pero no menos importante se encuentra la fibrosa con 3 personas para un 17.6%.

Los retrasados mentales más afectados fueron los fronterizos con 10 pacientes, lo cual representa el 58.8% del total de pacientes afectados. Estos resultados coinciden con los realizados por la Dra. Sueiro Sánchez I en su investigación ya que en la misma predominó la gingivitis crónica Fibroedematosa en un 78,3% del total de la población y el grado de retraso mental que predominó fue el fronterizo. ⁽⁶⁴⁾

Tabla 4: Distribución de los pacientes con enfermedad periodontal por grado de retraso mental según el grado de afección de la enfermedad.

Clasificación según grado de la enfermedad periodontal	Clasificación.					
	Fronterizo		Ligero		Total	
	No	%	No	%	No	%
Leve	2	15.4	4	30.7	6	46.2
Moderado	1	7.7	2	15.4	3	23.1
Severo	3	23.1	1	7.7	4	30.7
Total	6	46.2	7	53.8	13	100

Podemos apreciar que en la tabla anterior donde se analiza la presencia de enfermedad parodontal en la población estudiada el retraso mental ligero es el que sobresale con 7 pacientes afectados, los cuales representan el 53.8% del total de pacientes con presencia de esta patología, la enfermedad periodontal que más predomina es la periodontitis crónica leve con 6 pacientes para un 46.2% del total, siendo el signo más representativo la presencia de bolsas periodontales reales, seguida de ella está la periodontitis crónica severa con 4 pacientes que representan el 30.7%, donde se ve como signo predominante la presencia de movilidad grado I.

Al comparar los resultados obtenidos con los del estudio de la Dra. Sueiro Sánchez I, se concluye que no coinciden, debido a que en dicho estudio existió un predominio de los pacientes afectados por periodontitis crónica severa, los cuáles representaban el 65,3% de la población afectada por dicha enfermedad.⁽⁶⁴⁾

Tabla 5: Distribución del grupo de pacientes con retraso mental, según grado de afectación de la maloclusión.

Clasificación según grado	Clasificación					
	Fronterizo		Ligero		Total	
	No	%	No	%	No	%
Leve	4	26.7	3	20	7	46.7
Moderado	2	13.3	4	26.7	6	40
Severo	1	6.7	1	6.7	2	13.3
Total	7	46.7	8	53.3	15	100

En la tabla 5 donde se mide la distribución de los pacientes que presentan maloclusión según el grado de afectación se puede apreciar la presencia de 15 pacientes afectados, maloclusión que predispone a él acumulo de placa dentobacteriana y a la aparición de enfermedades gingivales y periodontales así como a la caries dental principalmente por la presencia de apiñamiento dentario, siendo la maloclusión leve la que sobresale con 7 pacientes lo cual representa el 46.7% del total de afectados, seguido por las maloclusiones moderadas con 6 personas para un 40% del total y por último las maloclusiones severas con 2 pacientes lo cual representa el 13.3%.

Estos datos coinciden con la bibliografía consultada donde la maloclusión predominante fue la leve en un 50,7% del total de la población, siendo el factor fundamental la presencia de apiñamiento dentario leve en casi toda la población afectada por esta patología.⁽⁶⁴⁾

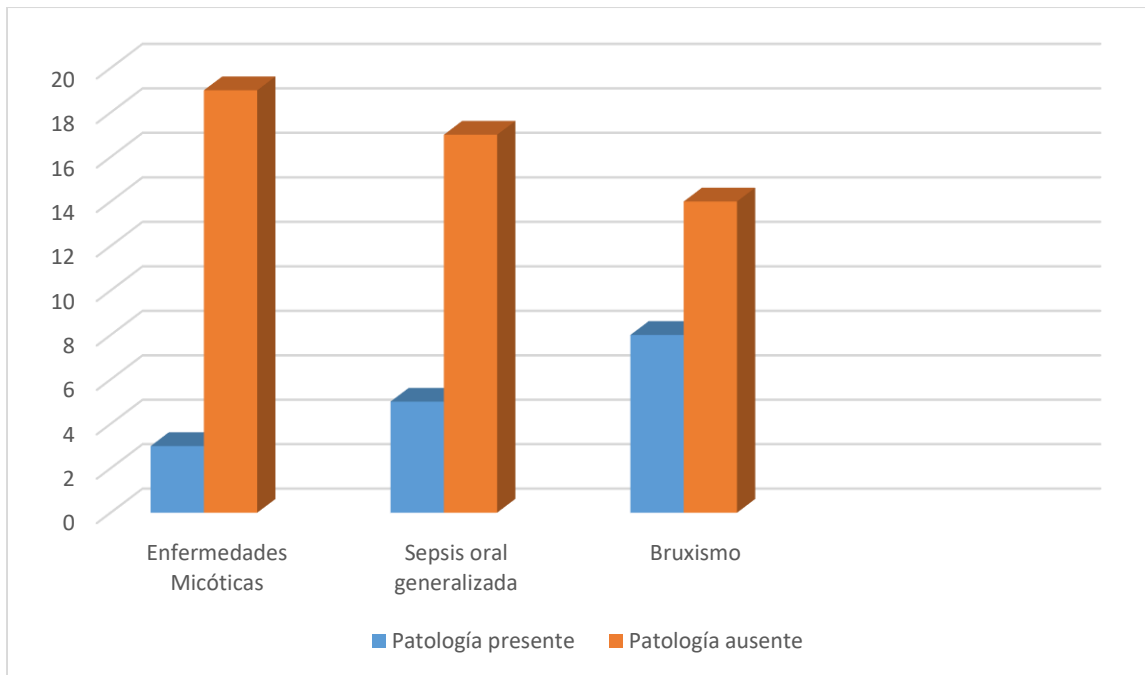


Gráfico 2. Distribución del grupo de pacientes afectados por otras patologías según presencia y ausencia de la enfermedad.

Al analizar el gráfico anterior se observan otras patologías bucales que se encuentran presentes en la población en estudio que son las enfermedades micóticas, sepsis oral generalizada y bruxismo, se puede apreciar que la patología más frecuente en estos pacientes es el bruxismo con un total de 8 pacientes que representan el 36.4% de la población, seguidos por 5 personas con sepsis oral generalizada para un 22.7% a causa principalmente por la presencia de restos radiculares y por último solamente 3 pacientes con enfermedades micóticas que representan el 13.6% de la población estudiada, siendo la causa principal también la presencia de restos radiculares en la cavidad bucal.

Estos datos no coinciden con los realizados por la Dra. Sueiro Sánchez I en su investigación, donde los pacientes afectados por sepsis oral generalizada y por enfermedades micóticas fueron los que sobresalieron, donde la causa principal de dichas enfermedades si fue la presencia de restos radiculares en aproximadamente la mitad de la población estudiada. ⁽⁶⁴⁾

CONCLUSIONES

- ✓ En la distribución de los grupos de estudios, según edad y clasificación de retraso mental, imperó el grupo de edad de 10 a 18 años coincidiendo ambas clasificaciones.
- ✓ Con respecto a las diferentes enfermedades bucales predominó la caries dental.
- ✓ Teniendo en cuenta los diferentes grados de la caries dental el mayor porcentaje se ubicó en la de cuarto grado.
- ✓ Al realizar el estado de salud gingival el mayor número lo representa la gingivitis crónica edematosa.
- ✓ Según el estado periodontal, el mayor número de pacientes lo presentó la periodontitis leve.
- ✓ Al analizar el grado de severidad de las maloclusiones, el mayor porcentaje se presentó como leve.
- ✓ Con respecto a otras patologías presentes en la muestra, predominó el bruxismo.

RECOMENDACIONES

Crear una estrategia o plan de acción para proporcionar soluciones a estos problemas de salud bucal en este tipo de pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gispert Abreu EA. Personas con necesidades especiales. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2011 [cited 20 may 2019] ; 48 (1): [a p r o x . 2 p] . A v a i l a b l e f r o m : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000100001&lng=es.
2. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
3. Sáez Cuesta U, Castejón Navas I, Molina Escribano A, Roncero Goig M, Martínez Collado MA. Salud bucodental de los pacientes internados en el centro de atención a discapacitados psíquicos de Albacete. RevClinMedFam [revista en Internet]. 2010 [cited 20 Ene 2020] ; 3 (1): [aprox.10p]. A v a i l a b l e f r o m : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010001100006.
4. Morales MC. Atención odontológica a pacientes especiales: una realidad creciente. Acta Odontológica Venezolana [revista en Internet]. 2012 [cited 10 Ene 2020] ; 50 (1): [aprox. 6p]. A v a i l a b l e f r o m : <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/1/art22.asp>.
5. Córdoba D, Portilla M, Arteaga G. Higiene oral de niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad cognitiva leve. RevUniv Salud [revista en Internet]. 2010 [cited 10 Ene 2020] ; 12 (1): [aprox. 13p]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072010000100005.
6. Tan Castañeda N, Rodríguez Calzadilla A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2001 [cited 7 Abr 2020] ; 38 (3): [aprox. 14p]. A v a i l a b l e f r o m : http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072001000300006&script=sci_arttext.
7. OMS | 10 datos sobre la discapacidad [Internet]. [citado 13 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/disability/es/>
8. 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. 2017;15(1):23-35. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5372>

9. Organización Panamericana de la Salud. La Discapacidad en America Latina [Internet]. [citado 20 de diciembre de 2019]. Disponible en: http://publications.paho.org/spanish/PC+616_Disc_America_Latina.pdf
10. Martínez-Menchaca Héctor, Rivera-Silva Gerardo. Salud bucodental en personas con necesidad de cuidados especiales de salud en México. Salud pública Méx. 2011; 53(3):203-204. [Citado 2019 Abr 07]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000300001&lng=es.
11. García-Flores K, Suárez-Zafrá D, de-la-Huerta-Flores K. Panorámica de la atención estomatológica a pacientes discapacitados o especiales. Revista de Ciencias Médicas de La Habana; 2013;19(2):91-99
12. Asociación Latinoamericana para pacientes especiales ALOPE Chile. Reseña. Disponible en: <http://www.odontopediatria-v.cl/site/wp-content/uploads/2012/06/Rese%C3%B1a-ALOPE-Chile-actualizada-Enero-2015.pdf>
13. Departamento Nacional de Estadística DANE. Resultados sobre limitaciones permanentes Versión 4.doc - discapacidad.pdf [Internet]. [citado 1 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/censos/boletines/discapacidad.pdf>
14. Ministerio de Salud de Colombia. Cifras Registro de discapacidad (Dic 2013).pdf [Internet]. [citado 13 de mayo de 2019]. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Cifras%20Registro%20de%20discapacidad%20\(Dic%202013\).pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Cifras%20Registro%20de%20discapacidad%20(Dic%202013).pdf)
15. Ministerio de Salud y Protección Social, Publicador: Sistema Integral de Información de la Protección Social –SISPRO [Internet]. [citado 13 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.google.com.co/search?q=Visor+Geografi->

co+SISPRO&oq=Visor+Geografico+SISPRO&aqs=chrome..69i57.1508j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8

16. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013. May 28, 2013 p. 142-4.
17. Serrano M, Torrelles A, Simancas YC. Estado de salud bucodental en niños con discapacidad intelectual. Acta Odontológica Venezolana. 2012;50(3). [Consultado el: 07/04/2019] Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/3/art-6/>
18. Oxa ER. Situación odotológica de los pacientes con discapacidades en Chile. Dental TribuneHispanic&LatinAmerica. 5.a ed. 2013;8-12.
19. Scagnet G. La atención de personas con discapacidad en Argentina. Dental TribuneHispanic&LatinAmerica. 5.a ed. 2013;14-6.
20. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021. [Internet]. Informe mundial sobre la discapacidad [Internet]. [Citado 7 de abril-19]. Disponible en: <http://www.who.int/disabilities/actionplan/es/>
21. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. DisCAPACIDAD. [Citado 7 de abril-19]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx>
22. WorldHealthOrganization. International classification of functioning, disability, and health: ICF short version. Geneva: WorldHealthOrganization; 2001. 228 p. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42417>
23. BIREME. Descriptores en ciencias de la salud. Trastorno Autístico [Internet]. Biblioteca virtual en salud. [citado 1 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

24. Garrabé de Lara Jean. El autismo: Historia y clasificaciones. Salud Ment [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2018 Abr 06] ; 35(3): 257-261. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300010&lng=es..
25. Lai B, Milano M, Roberts MW, Hooper SR. Unmet dental needs and barriers to dental care among children with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord. julio de 2012;42(7):1294-303.
26. 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. abril de 2014;44(4):776-85.
27. Oskoui M, Coutinho F, Dykeman J, Jetté N, Pringsheim T. An update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. Dev Med Child Neurol. junio de 2013;55(6):509-19.
28. BIREME. Descriptores en ciencias de la salud. Parálisis Cerebral [Internet]. Biblioteca virtual en salud. [citado 1 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>
29. Vázquez C, Vidal C. Parálisis cerebral infantil: definición y clasificación a través de la historia. Revista Mexicana de Ortopedia Pediátrica. 2014;16(1):6-10.
30. Guía de Manejo de Parálisis Cerebral.pdf [Internet]. [citado 14 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion_homi/Guia%20de%20Manejo%20de%20Paralisis%20Cerebral.Pdf.
31. Descriptores en ciencias de la salud. Sordera [Internet]. Biblioteca virtual en salud. [citado 1 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>.

32. Plaza G, Durio E, Herráiz C, Rivera T, García-Berrocal JR. Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la sordera subita. *Acta Otorrinolaringológica Española*. marzo de 2011;62(2):144-57.
33. 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 Online*. 1 de enero de 2014;6(1):1-7.
34. Singh R, Agrawal R, Murawat K. Dental care for the deaf pediatric patient. *Indian Journal of Otology*. 2012;18(4):171.
35. Chávez DAP. Síndrome de Down. *Revista de actualización clínica*. 2014;45:2357-61.
36. BIREME. Descriptores en ciencias de la salud. Síndrome de Down [Internet]. Biblioteca virtual en salud. [citado 1 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>
37. Bauer D, Evans CA, BeGole EA, Salzmann L. Severity of Occlusal Disharmonies in Down Syndrome. *International Journal of Dentistry*. 2012;2012:1-6.
38. Deps TD, Angelo GL, Martins CC, Paiva SM, Pordeus IA, Borges-Oliveira AC. Association between Dental Caries and Down Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. Wen Z, ed. *PLoS ONE*. 2015;10(6). doi:[10.1371/journal.pone.0127484](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127484).
39. Kumar S, Sharma J, Duraiswamy P, Kulkarni S. Determinants for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. septiembre de 2009;27(3):151-7.
40. The American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on management of dental patients with special healthcare needs. *Pediatric Dentistry*. 2008;30(7):107-11.

41. Buckley S, Sacks B. Oral Health Problems and Quality of Life. Down Syndrome Research and Practice. 2007;12:17.
42. Demicheri R, Battle A. La enfermedad periodontal asociada al paciente con Síndrome de Down. Odontoestomatología. 2011;13(18):4-15.
43. Nirmala SVSG, Degala S. Dental Concerns of Children with Down's Syndrome - An Overview. J Pediatr Neonatal Care 2017, 6(3): 00248.
44. Milano M. Oral Healthcare for Persons with Intellectual or Developmental Disabilities: Why is There a Disparity? 2017; 38(11): 5-8.
45. Valdés Reyes JM, Días Molina C, Alfonso de la Luz A, El Ghannam Ruisánchez Y. Caracterización del estado de salud bucal de niños con Parálisis Cerebral. Solidaridad con Panamá. Revista Dental de Chile 2014; 105 (1) 21-25.
46. Chandna P, Adlakha K, Joshi J. Oral status of a group of cerebral palsy children. J Dent Oral Hyg. 2011;3(2):18-21.
47. Morgan JP, Minihan PM, Stark PC, et al. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. Journal of the American Dental Association (1939). 2012;143(8):838-846.
48. 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 2017, Issue 4. Art. No.: CD012628. DOI: [10.1002/14651858.CD012628](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012628).
49. World Dental International (FDI). Promoting Dental Health through Fluoride Toothpaste. Adopted by the FDI General Assembly November, 2000 in Paris, France. Revised September, 2008 in Stockholm, Sweden. [Internet] [Citado Abril 7 18] Disponible en: <https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/promoting-dental-health-through-fluoride-toothpaste>

50. Pava-Ripoll NA. Narrativas conversacionales con familias y docentes de niños y niñas con discapacidad: Un aporte metodológico. *Interdisciplinaria*, 2015; 32(2):203-222
51. Vozza I, Cavallè E, Corridore D, et al. Preventive strategies in oral health for special needs patients. *Annali di Stomatologia*. 2015;6(3-4):96-99. doi:[10.11138/ads/2015.6.3.096](https://doi.org/10.11138/ads/2015.6.3.096).
52. Nápoles-González IJ, Fernández-Collazo ME, Jiménez-Beato P. Historical evolution of the toothbrush. *Rev Cubana Estomatol [Internet]*. 2015 June [cited 2018 Apr 06]; 52(2): 208-216. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000200010&lng=en 47.
53. Lindhe J, Karring T, Lang NP. *Periodontología clínica e implantología odontológica*. Ed. Médica Panamericana. 5ª. ed. Buenos Aires. 2009. pp 816
54. Rubido S, Fernández-Feijoo J, Limeres J, García-Caballero L, Abeleira MT, Diz P. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2014; 19(3):170-174.
55. González Sofía, Tello Javiera, Silva Paula, Lüders Claudia, Butelmann Sandy, Frisch Rosemarie et al. Calidad de vida en pacientes con discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2012;50(1):23-34. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272012000100003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-9227201200010000350>.
56. Trentin MS, Costa AAI, Barancelli M, Videira MF, Alves M, Miyagaki DC, De Carli JP. Prevalence of dental caries in patients with intellectual disabilities from the Association of Exceptional Children's Parents and Friends of Southern Brazil. *RGO, Rev Gaúch Odontol*; 2017;65(4):352-358.

57. Correa MP. Dis-capacidad, diseño-capacidad. Una reflexión sobre su facultad de mediación. *Iconofacto*. 2015;11(16):87-95.
58. Huertas L, Padilla A, Arcos F. Academia, comunidad y empresa privada. ACFO50 años. Bogotá; 2011. 113 p.
59. Comunicación aumentativa y alternativa [Internet]. [citado 24 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.ceapat.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/comunicacinaumentativayalterna.pdf>
60. Ganz JB, Mason RA, Goodwyn FD, Boles MB, Heath AK, Davis JL. Interaction of participant characteristics and type of AAC with individuals with ASD: a meta-analysis. *Am J Intellect Dev Disabil*. noviembre de 2014;119(6):516-35.
61. Light J, McNaughton D. Communicative Competence for Individuals who require Augmentative and Alternative Communication: A New Definition for a New Era of Communication? *Augmentative and Alternative Communication*. 2014;30(1):1-18.
62. Nakamura C, Zeng-Treitler Q. A Taxonomy of Representation Strategies in Iconic Communication. *International journal of human-computer studies*. 2012;70(8):535-551. doi:[10.1016/j.ijhcs.2012.02.009](https://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2012.02.009).
63. Barranquero A, Sáez Baeza Ch. Teoría crítica de la comunicación alternativa para el cambio social. El legado de Paulo Freire y Antonio Gramsci en el diálogo norte-sur. *Razón y Palabra*. 2012;17(80). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199524426004>
64. Sueiro Sánchez I. Estado de salud bucal en pacientes discapacitados del área de salud de Espartaco, municipio Palmira. diciembre 2016 | Volumen 14 | Numero 6. Descargado el: 22-12-2016 ISSN 1727-897X

65.Roa Nuñez A. Condición de salud bucal en pacientes con retraso mental de la Facultad de Odontología

CLINICA ESTOMATOLOGICA
“NOEL REGALADO”
FLORENCIA

ANEXO 1

Guía de Revisión de documentos.

OBJETIVO: Evaluar las características clínicas y epidemiológicas de las enfermedades bucales.

Características Clínicos Epidemiológicas	Escala
Edad	0-4 años _____ 5-9 años _____ 10-18 años _____ 19-35 años _____
Tipo de retraso mental	-Fronterizo _____ -Ligero _____
Tipo de enfermedad Bucal	-Caries dental _____ -Enfermedad gingival _____ -Enfermedad periodontal _____ - Maloclusión _____ - Diente Retenido _____

	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermedades Micóticas _____ -Sepsis Generalizadas _____ -Bruxismo _____
Caries dental	<ul style="list-style-type: none"> -Caries de esmalte _____ -Caries en dentina superficial _____ -Caries en dentina media _____ -Caries en dentina profunda _____
Enfermedad gingival	<ul style="list-style-type: none"> -Fibrosa _____ -Edematosa _____ -Fibroedematosa _____
Enfermedad periodontal	<ul style="list-style-type: none"> -Leve _____ -Moderada _____ -Severa _____
Maloclusión	<ul style="list-style-type: none"> -Leve _____ -Moderada _____ -Severa _____
Otras Patologías	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermedades micóticas _____ -Sepsis oral generalizada _____ -Bruxismo _____

AVAL DEL TUTOR.

Por medio de la presente autorizo que el Trabajo de Terminación de Especialidad **COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LAS AFECCIONES BUCALES EN PACIENTES RETRASADOS MENTALES EN EL MUNICIPIO FLORENCIA**, del autor Dr. Yarley Acosta Marrero, en opción al título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral sea presentado al Acto de Defensa.

Para que así conste, y en virtud de los derechos que se me conceden como tutor de la tesis firmo la presente certificación en la ciudad de Morón, a los 6 días del mes de noviembre del año 2020.

Dr. Yan Alberto Marichal Martínez