

UNIVERSIDAD AMERICANA

Facultad de Odontología



“IDENTIFICACION DE NECESIDADES EN SALUD BUCAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL DELCENTRO MELANIA MORALES DE LA CIUDAD DE MANAGUA, AGOSTO-NOVIEMBRE 2010”

MARÍA ALEJANDRA RODRÍGUEZ GÓMEZ

Monografía para optar al grado de:  
CIRUJANO DENTISTA

Profesor Tutor:

LUIS JAIME ARGÜELLO

Managua, Nicaragua, noviembre 2011

## **Dedicatoria.**

Le ofrezco el esfuerzo, que significó el presente trabajo en su elaboración a mi esposo por su apoyo incondicional, a mi hijo con todo mi amor, y mis padres por ser quienes son.

## **Agradecimientos.**

Le agradezco a Dios por haber ayudado a realizar mis sueños alcanzados, mis metas y objetivos trazados hasta este momento. Por contar con la vida, la salud y los conocimientos necesarios para llevar a cabo todo este proceso largo y arduo, que han significado estos cinco años dentro de la universidad y todos los anteriores también en nuestra formación académica.

Le doy gracias de igual manera a Dios, por haberme dado la oportunidad de contar con una familia llena de principios y valores. Personas con una historia intachable, llena de bendiciones y pruebas duras, que marcaron nuestra vida pero nos hicieron lo que somos.

A mi esposo, por su apoyo incondicional en todo momento y su motivación.

A mis padres por ser mi mayor soporte y ejemplo a lo largo de este camino, que empezamos a recorrer, por enseñarme el equilibrio que debe existir en nuestras vidas, alcanzando el éxito como profesional y como ser humano.

<b>I. Introducción</b>	
<b>II. Objetivos</b>	<b>1</b>
<b>III. Marco teórico</b>	<b>2</b>
<b>A. Generalidades</b>	
<b>B. Características típica de los niños con retraso mental</b>	
<b>C. Tipos de Retraso mental</b>	
i. Retraso mental leve	
ii. Retraso mental moderado	
iii. Retraso mental grave	
iv. Retraso mental profundo	
<b>D. Causas del retraso mental</b>	
<b>E. Medición de la enfermedad bucal en grupos poblacionales.</b>	
▪ Índice CPITN	
▪ Índice CPOD	
▪ Índice CEOD	
<b>F. Síndrome de Down y estado de salud.</b>	
<b>IV. Diseño Metodológico</b>	<b>41</b>
<b>A. Tipo de estudio</b>	
<b>B. Área de estudio</b>	
<b>C. Población de estudio</b>	
<b>D. Unidad de Análisis</b>	
<b>E. Criterios de Inclusión</b>	
<b>F. Criterio de exclusión</b>	
<b>G. Variables</b>	
<b>H. Operacionalización de variables</b>	
<b>I. Técnicas y procedimientos</b>	
<b>J. Plan de análisis</b>	
<b>V. Resultados</b>	<b>50</b>
• <b>Análisis de Resultados</b>	
<b>VI. Conclusiones</b>	<b>58</b>
<b>VII. Recomendaciones</b>	<b>59</b>
<b>VIII. Bibliografía</b>	
<b>IX. Anexos</b>	

## **Introducción.**

El enfoque social de la discapacidad considera la aplicación del término "discapacidad", principalmente como problema social creado y, básicamente, como cuestión de la integración completa de individuos en sociedad y la inclusión como los derechos de la persona con discapacidad.

En este enfoque la discapacidad, es una colección compleja de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social, razón por la cual la gerencia del problema requiere la acción social, siendo en consecuencia responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias, para la participación completa de en todas las áreas de la vida social. La mayor desigualdad se da en la desinformación de la discapacidad, que tiene enfrente las personas sin discapacidad y el no saber cómo desenvolverse con la persona discapacitada, logrando un distanciamiento no querido. La sociedad debe eliminar las barreras para lograr la equidad de oportunidades entre ambos grupos.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (1994), aproximadamente 156 millones de personas ó 3% de la población tiene retardo mental. (8)

En el mundo se hacen esfuerzos por mejorar la salud bucal de estos pacientes. Por ejemplo, la **Sociedad Española de Odontostomatología para el Minusválido y Pacientes Especiales (SEOM)**, se creó en 1986 para concientizar a la profesión odontológica, sobre la necesidad de tratar los problemas de los discapacitados sensoriales o físicos. (9)

Cuba, a pesar de ser un país del tercer mundo al igual que Nicaragua, no se ha quedado atrás y, fundamentalmente a partir del siglo XXI, se han incluido los discapacitados en programas priorizados de atención estomatológica. (9)

Hoy en día aún no logramos satisfacer todas las necesidades de este grupo priorizado. El desconocimiento de los problemas bucodentales de los pacientes especiales, asociados a sus propias reacciones emocionales y las de sus familiares, van a crear con toda seguridad la mayor barrera para acceder a las posibilidades de su atención.(9)

Uno de los grupos que presenta dificultades es el de aquellos pacientes con retardo mental, con coeficiente intelectual disminuido y que en general presentan patologías bucales debido a un consumo exagerado de dulces, malformación congénita y mala higiene.

-La salud bucal de los discapacitados es más deteriorada que la de la población plenamente funcional, observándose una prevalencia universal de la enfermedad periodontal asociada a una higiene bucal muy pobre. La alta incidencia de dientes cariados y la mayor incidencia de dientes ausentes se observa frecuentemente. Puede afirmarse que, a la persona con discapacidad, que busca tratamiento odontológico, se le extraen dientes más a menudo, ya sea porque los dientes no son restaurables o porque el estomatólogo elige la extracción en lugar del tratamiento conservador, debido a la falta casi total de cooperación de parte del odontólogo por dificultad de manejo del paciente.(9)

Por tanto se impone, como deber inminente del presente y del futuro, ***romper las barreras que hasta hoy han limitado el mejoramiento de la salud bucal del paciente discapacitado***, para de esta forma contribuir ***a elevar la calidad de vida*** del mismo.(9)

En el presente trabajo monográfico se diagnosticó el estado de salud bucal de estas personas a fin de conocer la magnitud de problemas de salud bucal que presentan y las necesidades de tratamiento. De esta manera las autoridades del Centro de Rehabilitación pueda con la información obtenida buscar patrocinio, para desarrollar futuros proyectos de atención en lo que salud bucal se refiere.

## **Objetivos.**

### General:

“Identificar las necesidades de salud bucal en personas con discapacidad mental del Centro Melania Morales de la ciudad de Managua en el periodo de Agosto-Noviembre del año 2010”

### Específicos:

- Caracterizar al grupo de estudio de acuerdo a las variables epidemiológicas universales.
- Identificar el estado bucal en las personas con discapacidad mental.
- Conocer las necesidades de tratamiento bucal
- Identificar las necesidades educativas en la población de estudio.

## **Marco teórico**

### **A. Generalidades**

#### **Terminología**

**Discapacidad:** Es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una normal actividad rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Las discapacidades pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo. La discapacidad representa la objetivación de una deficiencia y, en cuanto tal, refleja alteraciones en el ámbito de la persona.

**Retraso mental:** es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales (Luckasson y cols., 2002, p. 8)

**La conducta adaptativa:** implica el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por la persona para funcionar en su vida diaria. No basta un funcionamiento intelectual significativamente bajo; también ha de sustentarse una conducta adaptativa significativamente baja.



Esto incluye todas las manifestaciones de la persona, es decir, no sólo la capacidad o rendimientos intelectuales, sino también la conducta personal-social del sujeto, por tanto no es un concepto unívoco, sino que parte este de un concepto tanto clínico como psicológico y social, desde esa perspectiva hay que considerarlo.

La OMS. A la hora de diagnosticar o clasificar una minusvalía ha utilizado el siguiente criterio psicométrico:

- Retraso mental ligero (C.I. 70-50)
- Retraso mental medio (C.I. 50-35)
- Retraso mental severo (C.I. 35-20)
- Retraso mental profundo (C.I. inferior a 20)

El término "retraso mental" no se comprende bien y se ve de manera despectiva. Algunos piensan que el retraso mental se diagnostica solo a base de un cociente de inteligencia (C.I.) mucho más bajo de lo normal y que las personas retrasadas no pueden aprender a ocuparse de sí mismos. En realidad, para ser diagnosticado como retrasado mental, la persona tiene que tener ambos, un C.I. significativamente bajo y problemas considerables en su adaptación a la vida diaria.

**El retraso mental:** es un término que se usa cuando una persona tiene ciertas limitaciones en su funcionamiento mental y en destrezas tales como aquellas de la comunicación, cuidado personal, y destrezas sociales. Estas limitaciones causan que el niño aprenda y se desarrolle más lentamente que un niño típico. El retraso mental se manifiesta antes de los dieciocho años de edad.

En el retraso mental se aprecia una lentitud del desarrollo, en general en todas las áreas de funcionamiento, que se pone de manifiesto en las siguientes:

**Cognitivamente:** puede existir una orientación hacia lo concreto, egocentrismo, distracción y poca capacidad de atención. La hiperactividad sensorial puede conducir a conductas desbordantes, a la evitación de estímulos, y a la necesidad de procesar estímulos a niveles de intensidad bajos.

**Emocionalmente:** tienen dificultades para expresar sentimientos y percibir afectos tanto en sí mismo como en los otros. La expresividad de la afectividad puede estar modificada por los impedimentos físicos (hipertonía, hipotonía).

**Retraso del habla:** que pueden inhibir la expresión del afecto negativo, lo que conduce a instancias de una hiperactividad afectiva aparente que incluye una ira impulsiva y una baja tolerancia a la frustración.

**Dificultades adaptativas:** las complejidades normales de las interacciones diarias pueden poner a prueba los límites cognitivos del niño con RM. En casos extremos, el descontrol impulsivo puede conducir a la violencia y la destructividad. Los cambios en la vida diaria pueden forzar las capacidades cognitivas y las habilidades de afrontamiento, lo que a veces conduce a la frustración.

**Reacciones emocionales primitivas:** a la frustración y a la tensión pueden implicar conductas agresivas, auto lesivo o auto-estimulante.

***Nueva definición de Retraso Mental según la AAMR (Asociación Americana de Retraso Mental):***

La definición de AAMR representa un cambio significativo de la manera que se percibe el retraso mental. En lugar de describir el retraso mental como un estado de incompetencia global, la nueva percepción se refiere a un patrón de limitaciones. Esta definición de basa en cuatro premisas:

-Una evaluación válida considera la diversidad cultural y lingüística además de los factores de comunicación y conducta.

-La existencia de limitaciones de las destrezas de adaptación dentro del contexto del ámbito comunitario típico de los semejantes del individual de la misma edad y está indexada a las necesidades individualizadas de apoyo de la persona.

-Las limitaciones de adaptación específicas a menudo coexisten con aciertos en otras destrezas de adaptación u otras capacidades personales.

-Con los apoyos apropiados durante un periodo continuo, el funcionamiento vital de la persona con retraso mental generalmente mejora.

## **B. Características típicas de los niños con Retraso Mental**

Entre los individuos con retraso mental, hay una amplia gama de capacidades, des habilidades, puntos fuertes, y necesidades de apoyo. Es común encontrar una demora de lenguaje y el desarrollo motor significativamente por abajo de las normas de sus semejantes sin retraso mental. Los niños más seriamente afectados experimentan demoras en tales áreas como el desarrollo de las destrezas motoras tales como la movilidad, la imagen corporal, y el control de las funciones corporales. En comparación con sus semejantes normales, los niños con retraso mental en general pueden tener una estatura y el peso por abajo de la norma, experimentar más problemas de habla, y tener una incidencia más alta de deficiencias de vista y oído.

Al contrario de sus compañeros de salón, los estudiantes con retraso mental seguido tienen problemas con la atención, la percepción, la memoria, la resolución de problemas y el pensar con lógica. Son más lentos en aprender cómo aprender, y lo encuentran más difícil aplicar lo que aprenden a situaciones o problemas nuevos. Algunos profesionistas explican estos patrones al afirmar que los niños con retraso mental tienen diferentes déficit cualitativo de cognición o memoria. Otros creen que los niños con retraso mental atraviesan los mismos pasos de desarrollo que aquellos sin retraso mental, aunque a un paso más lento, y alcanzan niveles más bajos de funcionamiento global.

Muchas personas con retraso mental son afectadas sólo de una manera mínima, y funcionan sólo un poco más lento que el promedio en aprender nuevas destrezas e información.

### Evaluaciones

a. La evaluación adecuada del niño o del adulto con RM debe incluir la anamnesis del familiar acompañante y la observación del sujeto en su ambiente habitual.

b. El CI debe obtenerse por medio de pruebas de inteligencia adaptadas al idioma y a la cultura del individuo, procesando los resultados con tablas estandarizadas. Si el sujeto no habla o tiene dificultades motrices de relevancia, hay tests que no están basados en el vocabulario, o en los cuales el peso de la escolaridad es mínimo.

c. Existen varias escalas estandarizadas para la medición de las capacidades adaptativas.

d. El psico-diagnóstico es una herramienta muy útil para diferenciar la naturaleza de los trastornos, obtener un perfil de la personalidad, observar como el paciente procesa la información del ambiente y de su psiquis.

e. Las evaluaciones de la redsocial de pertenencia, especialidad de los trabajadores y asistentes sociales

f. Desarrollo del lenguaje.

La detección temprana de las limitaciones cognitivas y del desarrollo puede significar un nivel de discapacidad menor para la persona afectada, siempre que se implanten programas de intervención temprana. Sin embargo, las limitaciones cognitivas suelen pasar desapercibidas hasta el inicio de la escolaridad primaria. Un indicador precoz de las limitaciones cognitivas es el retraso en el desarrollo del lenguaje.

### **C. Tipos de Retraso Mental**

- *Retraso Mental leve*: Los individuos afectados de retraso mental leve adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanzan la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista clínica. La mayoría de los afectados llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres), para actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica, aunque el desarrollo tenga lugar de un modo considerablemente más lento de lo normal. Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares y muchos tienen problemas específicos en lectura y escritura. La mayoría de los que se encuentran en los límites superiores del retraso mental leve pueden desempeñar trabajos que requieren aptitudes de tipo práctico, más que académicas, entre ellas los trabajos manuales semicualificados.

En general, las dificultades emocionales, sociales y del comportamiento de los enfermos con retraso mental leve, así como las necesidades terapéuticas y de soporte derivadas de ellos, están más próximas a las que necesitan las personas de inteligencia normal que a los problemas específicos propios de los enfermos con retraso mental moderado o grave.

Pautas para el diagnóstico:

Si se utilizan tests de CI estandarizados de un modo adecuado el rango 50-55 al 70 corresponde a un retraso mental leve. La comprensión y el uso del lenguaje tienden a tener un retraso de grado diverso y se presentan problemas en la expresión del lenguaje que interfieren con la posibilidad de lograr una independencia, y que puedan persistir en la vida adulta. En un número variable de los afectados pueden presentarse además otros trastornos

tales como autismo, otros trastornos del desarrollo, epilepsia, trastorno disocial o discapacidades somáticas.

- *Retraso Mental Moderado*: Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en esta área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también están retrasadas, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente. Aunque los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo.

De adultos, las personas moderadamente retrasadas suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se les supervisa de un modo adecuado. Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta. Sin embargo, por lo general, estos enfermos son físicamente activos y tienen una total capacidad de movimientos. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples.

Pautas para el diagnóstico:

El CI está comprendido entre 35-40 y 50-55. En este grupo más frecuente es que haya discrepancias entre los perfiles de rendimiento y así hay individuos con niveles más altos para tareas viso-espaciales que para otras dependientes del lenguaje, mientras que otros son marcadamente torpes, pero son capaces de participar en relaciones sociales o conversaciones simples. El nivel de desarrollo del lenguaje es variable. Algunos aprenden a gesticular con las manos para compensar, hasta cierto grado, los problemas del habla. En una proporción pequeña pero significativa están presentes un autismo infantil o trastornos



del desarrollo, los cuales tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el tipo de tratamiento necesario. También son frecuentes la epilepsia, el déficit neurológico y las alteraciones somáticas.

- *Retraso Mental Grave*: Tanto el cuadro clínico, como la etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los del retraso mental moderado. Padecen un grado marcado de déficit motor o de la presencia de otros déficit que indica la presencia de un daño o una anomalía del desarrollo del sistema nervioso central, de significación clínica.

Pautas para el diagnóstico:

El CI está comprendido entre 20-25 y 35-40.

- *Retraso Mental Profundo*: El cociente intelectual en esta categoría es inferior a 20-25, lo que significa en la práctica que los afectados están totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo con ellas. La mayoría tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces en el mejor de los casos sólo de formas muy rudimentarias de

Comunicación no verbal. Poseen una muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas y requieren ayuda y supervisión constantes.

Pautas para el diagnóstico

El CI es inferior a 20-25. La comprensión y la expresión del lenguaje, se limitan, en el mejor de los casos, a la comprensión de órdenes básicas y a hacer peticiones simples. Pueden adquirir las funciones viso-espaciales más básicas y simples como las de

comparar y ordenar, y ser capaces, con una adecuada supervisión y guía, de una pequeña participación en las tareas domésticas y prácticas. En la mayoría de los casos puede ponerse de manifiesto una etiología orgánica. Lo más frecuente es que se acompañen de déficit somáticos o neurológicos graves que pueden provocar epilepsia o déficit visuales o de audición. También es muy frecuente la presencia de trastornos generalizados del desarrollo en sus formas más graves, en especial de autismo atípico, sobre todo en aquellos casos que son capaces de caminar.

#### **D. Causas del Retraso Mental**

Los médicos han encontrado muchas causas del retraso mental. Las más comunes son:

-Condiciones genéticas: A veces el retraso mental es causado por genes anormales heredados de los padres, errores cuando los genes se combinan, u otras razones. Algunos ejemplos de condiciones genéticas incluyen síndrome de Down, síndrome frágil X, y phenylketonuria (PKU).

-Problemas durante el embarazo: Puede resultar cuando el bebé no se desarrolla apropiadamente dentro del útero. Éste puede sufrir malformaciones encefálicas y craneales, como la microcefalia (cabeza más pequeña de lo normal), macrocefalia (cabeza más grande de lo normal) e hidrocefalia (aumento del líquido encéfalo raquídeo dentro del cerebro), debidas a anomalías sufridas durante el desarrollo uterino como consecuencia de la exposición de la madre gestante a rayos X, la malnutrición de ésta, o la ingesta masiva de alcohol, drogas o tabaco durante el embarazo. Si la madre gestante sufre enfermedades como la sífilis o la rubéola puede causar embriopatías o enfermedades fetales del menor.

-Problemas al nacer: Si el bebé tiene problemas durante el parto, como, por ejemplo, si no está recibiendo suficiente oxígeno, él o ella podría tener retraso mental.

-Niños Prematuros o que pesen menos de dos kilos y medio al nacer, tiene más probabilidades de sufrir algún deterioro en su sistema nervioso central.

El retraso mental no es una enfermedad. No se lo puede contraer de otras personas. El retraso mental no es un tipo de enfermedad mental, como la depresión. No hay cura para el retraso mental.

Sin embargo, la mayoría de los niños con retraso mental pueden aprender a hacer muchas cosas. Solo les toma más tiempo y esfuerzo que a los otros niños.

### **E. Medición de la enfermedad bucal en grupos poblacionales.**

i. Índice CPITN(Índice Periodontal Comunitario y de Necesidades de Tratamiento)

El diagnóstico de las enfermedades periodontales es posible de realizar después de evaluar la información clínica, radiográfica, de laboratorio (Ej. Microbiología) y de los datos obtenidos en la anamnesis del paciente. Ningún índice puede reemplazar el minucioso procedimiento que realiza el especialista (periodoncista), para llegar a establecer el diagnóstico de la enfermedad periodontal que el paciente necesita. Sin embargo el Índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal de la Comunidad (CPITN), diseñado inicialmente con propósitos epidemiológicos, se ha transformado en una excelente herramienta para realizar un examen periodontal básico y de esta manera identificar los pacientes que necesitan tratamiento periodontal. El realizar este examen periodontal básico, basado en el CPITN, caracterizado por su simpleza, facilidad y el breve tiempo que demora, permitirá a los odontólogos de práctica general establecer en un breve período de tiempo y con un mínimo de instrumental, las necesidades de tratamiento periodontal de sus pacientes, para su correcta atención o inmediata derivación.

Procedimiento:

La dentición se divide en 6 sextantes, para cada uno de los cuales se determina un valor. Para determinar las necesidades periodontales de tratamiento de un individuo se examinan todos los dientes presentes.

Registro de datos:

Las piezas dentarias a examinar en adultos mayores de 20 años son:

<b>S1: 17-14</b>	<b>S2: 13-23</b>	<b>S3: 24-27</b>
<b>S4: 47-44</b>	<b>S5: 43-33</b>	<b>S6: 34-37</b>

Los 3° molares solo se consideran si reemplazan la función del 2° molar. El sextante con un solo diente se registra como faltante; este diente se incluye en el sector adyacente. No se incluyen los dientes con exodoncia indicada.

Para jóvenes entre 7 y 19 años se recomienda el examen de solo seis dientes debido a la presencia de bolsas falsas por la erupción dentaria.

<b>S1: 16</b>	<b>S2: 11</b>	<b>S3: 26</b>
<b>S4: 46</b>	<b>S5: 31</b>	<b>S6: 36</b>

Para el registro se selecciona el código que corresponde al diente más afectado del sextante. Esto se debe a que el código máximo incluye los tratamientos correspondientes a los dientes más afectados (códigos menores),

Ejemplo de registro:

<b>S1:4</b>	<b>S2:3</b>	<b>S3:0</b>
<b>S3:-</b>	<b>S5: 3</b>	<b>S6:3</b>

El paciente necesita tratamiento complejo en el sextante superior derecho, raspado y alisado radicular en el inferior izquierdo, en los medios superior e inferior.

Los códigos para este índice son los siguientes:

Código 4: bolsa igual o mayor de 6mm, la banda negra esta oculta.

Código 3: bolsa de 4-5 mm, banda negra parcialmente oculta.

Código 2: cálculo supra o subgingival.

Código 1: Hemorragia suave al sondaje.

Código 0: Sano ausencia de signos patológicos.

El resultado de estas mediciones se convierte en necesidades de tratamiento NT, que se categorizar en relación a las puntuaciones obtenidas.

NT0: no necesita tratamiento. Código 0.

NT1: instrucción e higiene oral. Código 1.

NT2: Eliminación de cálculo y obturaciones desbordantes. Códigos 2

NT3: Necesita tratamiento complejo . 3 y 4

Cada categoría de necesidad de tratamiento incluye a la anterior.

### **Sonda y procedimientos de sondaje:**

Se usa la sonda periodontal diseñada por la OMS para el CPITN (Morita, Japón), o sondas periodontales tipo OMS (Hu-Friedy).

Esta sonda está particularmente diseñada para una manipulación suave de los tejidos blandos ubicados alrededor de la pieza dentaria. La sonda presenta una esfera de 0,5 mm. de diámetro en el extremo, con una porción codificada de color que se extiende desde los 3,5 a los 5,5 mm.

Debe usarse una fuerza suave para determinar la profundidad de la bolsa y para detectar la presencia de cálculo subgingival. Esta presión no debe ser mayor de 20 gramos. La sonda se introduce entre el diente y la encía, lo más paralelamente posible a la superficie de la raíz. La profundidad del surco gingivo-dentario se determina observando el código de color o marca, al nivel del margen gingival. El extremo de la sonda debe mantener el contacto con la superficie de la raíz.



**Códigos y criterios:**

**Código 0:** tejidos periodontales sanos.

**Código 1:** sangrado observado hasta 30 segundos después del sondaje.

Si no hay bolsa o tártaro, pero el sangrado está presente se registra el código 1 en ese sextante.

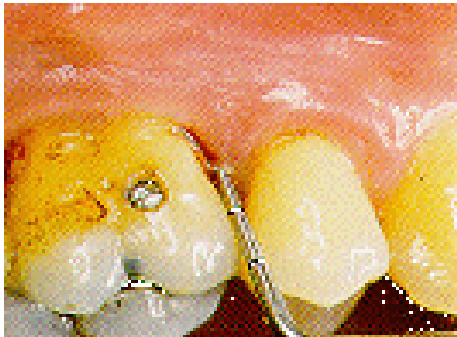
**Código 2:** presencia de tártaro y/o obturaciones defectuosas.

**Código 3:** bolsa patológica de 3,5 a 5,5 mm. o más, el área negra de la sonda se encuentra a nivel del margen gingival.

**Código 4:** bolsa patológica de 5,5 mm. o más, el área negra de la sonda no se ve.

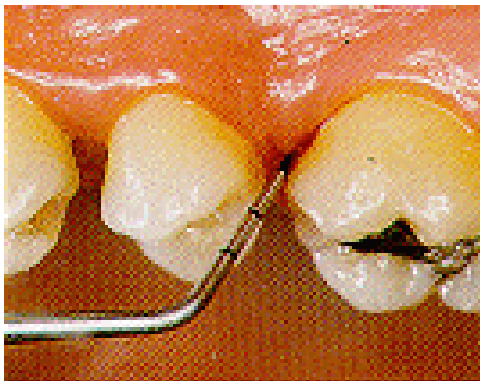
Nota: si el diente examinado se halla con un valor 5,5 mm. o más, este valor se le asigna al sextante.

### Códigos y Criterios del índice CPITN

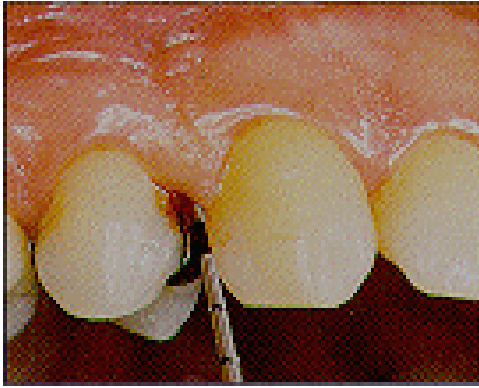


**Código 4:** bolsa patológica de 5,5 mm. o más, el área negra de la sonda no se ve.

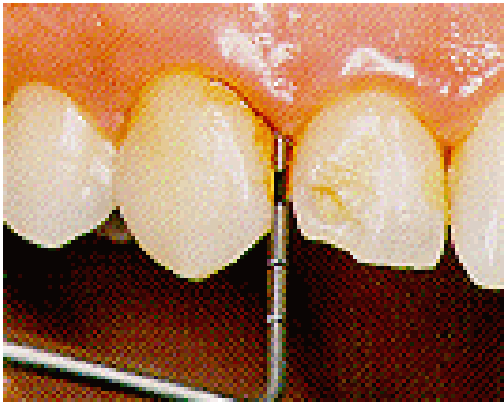
Nota: si el diente examinado se halla con un valor 5,5 mm. o más, este valor se le asigna al sextante.



**Código 3:** bolsa patológica de 3,5 a 5,5 mm. o más, el área negra de la sonda se encuentra a nivel del margen gingival.

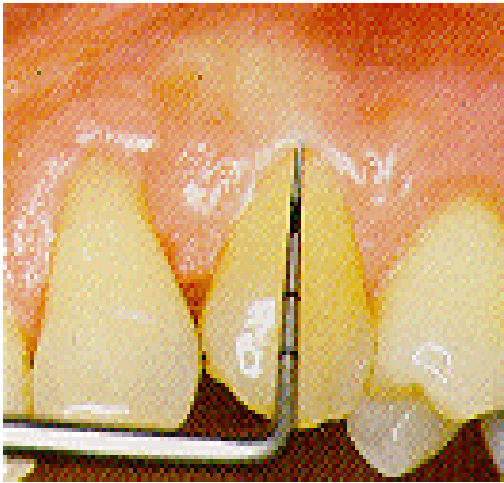


Código 2: presencia de tártaro y/o obturaciones defectuosas.



Código 1: sangrado observado hasta 30 segundos después del sondaje.

Si no hay bolsa o tártaro, pero el sangrado está presente se registra el código 1 en ese sextante.



Código 0: tejidos periodontales sanos.

### Número de sondaje por sextante:

El extremo esférico de la sonda es suavemente insertado, entre la pieza dentaria y la encía hasta la profundidad del surco o bolsa, y la profundidad de sondaje se lee por observación de la posición de la banda negra. Sitios recomendados para el sondaje son mesial y distal en las superficies vestibular y punto medio de la superficie palatina/lingual.

### Tratamiento

<b>Código 0:</b>	Mantener las medidas de prevención.
<b>Código 1:</b>	Instrucción de higiene bucal
<b>Código 2:</b>	Instrucción de higiene bucal Detartraje Eliminar obturaciones con desajustes
<b>Código 3 y 4:</b>	Instrucción de higiene bucal Detartrajes upraringival y subgingival Pulido radicular

Son numerosos los estudios que muestran la validez y las ventajas del CPITN en la evaluación de las necesidades de tratamiento periodontal, en la estimación de los requisitos de tiempo y costo, en el análisis de los resultados de programas preventivos, y ser muy útil en la comunicación entre el odontólogo de práctica general y el especialista en periodoncia.

ii. Índice de CPOD:

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la Caries Dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados, incluidas las Extracciones Indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo cual es un Promedio. Se consideran sólo 28 dientes.

Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en por ciento o promedio de las mismas. Esto es muy importante al comparar poblaciones.

Se debe obtener por edades, las recomendadas por la OMS son, 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años. El índice CPO-D a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países.

-Este se considera toda la historia de la patología en el individuo, ya que en su registro se incluye datos sobre:

-Las piezas dentarias con lesión activa y clínicamente evidente (Cariadas)

-Las piezas dentarias extraídas, perdidas por caries dental y aquellas que están indicadas para una extracción.

-Las piezas que ya recibieron tratamiento para la caries dental (Obturadas)

Para determinar este índice se registra por cada individuo y toma en cuenta la dentición permanente, más específicamente las 28 piezas dentarias permanentes sin contar las terceras molares se anota para cada persona el número de dientes cariados obturados y perdidos incluyéndose las extracciones indicadas debido a caries dental.

Su valor constituye en realidad un promedio que se calcula dividiendo el total de dientes cariados perdidos y obturados en la población examinada entre el total de personas examinadas.

Por lo general se observa que se produce un crecimiento del índice CPO-D a medida que se incrementa la exposición de las personas con la edad.

El índice CPO-D a los 12 años es el más usado siendo el valor referencial para comparar el estado de salud bucal de los países.

El índice individual resulta de la sumatoria de piezas dentarias permanentes cariadas, perdidas y obturadas y el índice grupal resulta del promedio de la sumatoria de piezas dentarias permanentes cariadas, perdidas y obturadas de los niños del grupo examinado.

-Cuando el mismo diente está obturado y cariado, se considera el diagnóstico más severo (cariado)

-Se considera diente ausente el que no se encuentra en la boca después de tres años de su tiempo normal de erupción.

-El 3er. molar se considera ausente después de los 25 años, si no existe certeza de su extracción

-La restauración por medio de corona se considera diente obturado.

-La presencia de raíz se considera como pieza cariada.

-La presencia de selladores no se cuantifica.

iii. Índice CEOD:

Es el índice CPO adoptado por Gruebbel para dentición temporal en 1944. Se obtiene de igual manera pero considera sólo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados. Se consideran 20 dientes.

Este índice es la sumatoria de dientes temporales cariados, conindicación de extracción y obturados

- No se consideran en este índice los dientes ausentes:
- La extracción indicada es la que procede ante una patología que no responde al tratamiento más frecuentemente usado;
- La restauración por medio de una corona se considera diente obturado;
- Cuando el mismo diente esta obturado y cariado, se consigna el diagnóstico más grave;
- La presencia de selladores no se cuantifica.



## **F. Síndrome de Down y estado de salud.**

Todas las personas, y dentro de ellas las personas con Síndrome de Down, requieren un cuidado odontológico que tenga como objetivo el que sus bocas estén y permanezcan sanas. Esto es posible gracias a una atención temprana que tome en cuenta todos los factores de riesgo que amenazan su salud como son la dieta alta en carbohidratos y la falta de una higiene sistemática y efectiva de sus bocas.

Algunas de las personas con Síndrome de Down pueden sufrir de enfermedades del corazón, y por esto el odontólogo tratante debe de conocer a fondo su historia médica y así brindarle los cuidados que ellas requieran. Algunas cardiopatías requieren que la persona tome antibióticos antes de la cita dental para evitar complicaciones en su condición cardiaca. Al respecto, el médico cardiólogo es el que indica los cuidados que se deben tener, y el odontólogo debe asegurarse de conocerlos y cumplirlos.

Por otro lado, las personas con Síndrome de Down tienen debilitado el sistema inmunológico que los defiende de las enfermedades. Por lo tanto, son propensas a enfermarse más a menudo, sobre todo de enfermedades de las vías respiratorias. Es muy importante por este motivo, que los niños y las niñas con Síndrome de Down, eviten ingerir bebidas en chupón ya que esto los expone a contraer bacterias que los enfermarán, por lo que, de la lactancia materna deben pasar a una alimentación semisólida junto con líquidos ingeridos mediante cucharita.

Como todos los padres, los padres de niños con Síndrome de Down, deben iniciar la higiene de las bocas de sus hijos antes de que erupcione el primer diente. Se pueden limpiar con una gasa, mantilla o pañito limpio y húmedo. Esta acción no solo limpiará los residuos de alimentos, sino que también ayudará a los niños a acostumbrarse a que se les realice limpieza en sus bocas. Una vez que hayan erupcionado los dientes del frente, se puede continuar con este tipo de limpieza o de preferencia se puede intentar limpiar los dientes con un cepillo suave para niños.

El tratamiento odontológico de la mayoría de las personas con Síndrome de Down puede ser llevado a cabo en cualquier consultorio profesional odontológico, una vez que el odontólogo conozca su historia médica y tome las precauciones necesarias. Son pocas las personas con Síndrome de Down que debido a una condición de salud o a su conducta deban ser atendidas en un medio hospitalario mediante el uso de la anestesia general. Por lo tanto, el amor a su hijo o hija debe traducirse en cuidados oportunos y de calidad, ayudándole así a mantener una buena salud no solo dental sino general, ya que está comprobado que una salud dental deficiente contribuye a la aparición de otras enfermedades importantes, así como a una mala calidad de vida.

## MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN

Las manifestaciones orales de estos pacientes son variables. La boca es pequeña y entreabierta exteriorizando una macroglosia con frecuente hábitos de succión digital. La lengua además puede verse asociada a unos surcos profundos e irregulares confiriendo la llamada lengua escrotal, fisurada o lobulada.

El prolapso lingual favorece la eversión del labio inferior, esta posición lingual podría favorecer la aparición de fisuras labiales en el labio inferior siendo más frecuentes en las mujeres, por tener un epitelio más delgado, y en los mayores de 20 años.

Generalmente presentan respiración bucal que además de llevar a un inadecuado desarrollo del paladar, produce sequedad de las mucosas, siendo frecuentes las infecciones por gérmenes oportunistas apareciendo estomatitis y queilitis angulares en las comisuras labiales.

Presentan alteraciones en la erupción dentaria, formación defectuosa del esmalte, microdoncia, agenesias y en ocasiones coloraciones intrínsecas como consecuencia del consumo de tetraciclinas.

La saliva de los pacientes Down presentan un aumento del pH, en la saliva procedente de la glándula parótida, así como un aumento en el contenido de sodio, calcio, ácido úrico y bicarbonato con una velocidad de secreción disminuida. Esto le hace especialmente susceptible a padecer caries y problemas periodontales. A pesar de ello, en estos pacientes la incidencia de caries no es especialmente elevada.

Un alto porcentaje de estos pacientes presenten mal oclusiones.

## MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN

Los niños discapacitados plantean desafíos que requieren una preparación especial antes de que el odontólogo y el personal ayudante puedan llevar a cabo una asistencia adecuada. Si el dentista es capaz de familiarizarse con las necesidades especiales que plantean los niños discapacitados y con las preocupaciones de sus padres el tratamiento dental puede llegar a ser muy gratificante.

Para poder hacer una correcta planificación del tratamiento debemos conocer el estado real de la enfermedad del paciente. Para ello, solicitaremos del médico de cabecera o del especialista un informe lo más amplio y detallado posible, en el que se especifique si los tratamientos dentales, los medios que vamos a utilizar y la terapia farmacológica pueden influir o interferir en la enfermedad que padece el paciente y en el tratamiento específico farmacológico que esté realizando.

Los pacientes con síndrome de Down, suelen ser en su mayoría afectuosos y colaboradores, y los tratamientos odontológicos carecen de dificultades sobreañadidas. Son niños muy educables y que responden positivamente a la modulación conductual.

El tratamiento odontológico para una persona con retraso mental requiere ajustarse a la inmadurez social, intelectual y emocional. Los pacientes retrasados mentales se caracterizan por su reducido tiempo de atención, inquietud, hiperactividad y conducta emocional errática. Es necesario que nuestra actitud sea cuidadosa y amigable, así como evitar siempre todo aquello que aumenta la aprensión y miedo de estas personas.

Hay dos formas principales en el manejo de estos pacientes.

A).-La primera son técnicas de modificación de la conducta, en las que se pretende la desensibilización y la modulación de la conducta, es decir la enseñanza de una conducta apropiada. Normalmente las pacientes con S. Down responden muy bien a este tipo de técnicas, solo requiere un poco de paciencia, entrenamiento y refuerzo positivo.

B).-En el segundo grupo entrarían las técnicas restrictivas o de inmovilización, destinadas a la inmovilización y sujeción del paciente, son muy útiles en pacientes con un retardo intelectual profundo.

A la hora de la exploración será de gran utilidad el uso de topes de silicona, abre bocas o bien depresores linguales, que nos permitan mantener la boca abierta. Si es necesario la realización de pruebas radiológicas, debido a la falta de entendimiento, las radiografías peri apicales pueden no ser bien toleradas, en cambio la ortopantomografía puede sernos de gran ayuda.

## MÉTODOS DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN EL PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN

Un factor importante a tener en consideración es que no todos los familiares de estos pacientes están mentalizados de la importancia de este tipo de tratamiento, por lo que a menudo postergan la atención odontológica hasta que se desarrolla una enfermedad oral significativa.

Habrá que establecer una adecuada educación sanitaria tanto para el paciente, si sus facultades lo permiten, como para sus padres o tutores y lograr la motivación suficiente para conseguirla. La mayor parte de los estudios realizados demuestran que si el control de placa es correcto, se disminuye la incidencia de caries y la prevalectía de gingivitis y periodontitis.

Es fundamental conseguir la cooperación de padres y/o tutores, puesto que si éstos no están convencidos de las ventajas que para la salud del individuo tiene el tener una boca sana, difícilmente contribuirán al mantenimiento de un paciente que presenta en ocasiones no pocas dificultades para el mismo.

Respecto a las necesidades dentales de estos pacientes, según un estudio efectuado el año 1990 en la Asociación Odontológica Argentina sobre una muestra de 192 personas con Síndrome de Down (SD), con edades comprendidas entre los 3 y 26 años de edad, que fueron comparados con otro grupo control constituido por personas de igual edad y sexo, se concluyó que los pacientes con Síndrome de Down demandaban mayores cuidados que el grupo control.

Durante el año 2003 se realizó la encuesta nicaragüense para personas con discapacidad (ENDIS2003), El informe aborda la prevalencia de la discapacidad y las características de estas personas a nivel nacional, aunque contempla una vasta información sobre el tema constituye solo una muestras de los hallazgos y este no incluyó el estado de salud oral en dichas personas.

En 2004, W. Salas y M. Mayorga realizaron el estudio “Necesidades de tratamiento básico odontológico en los niños, adolescentes y jóvenes del centro hogar Pajarito Azul, en el período de julio a diciembre del 2004”, en su monografía para optar al título de cirujano dentista UAM, tema directamente vinculado al presente estudio por cuanto la determinación de necesidades de tratamiento básico necesariamente implica la determinación del estado de salud oral, de igual forma la determinación del estado periodontal se hizo con el índice CPITN.

Este estudio sin embargo fue realizado en una población más diversa, pues se incluyeron personas con discapacidades motoras y psicomotoras, además en este estudio la utilización de los índices fue orientada hacia las necesidades de tratamiento.

Un análisis objetivo de este estudio como antecedente, sugiere que el cálculo y procesamiento que se hace de los datos a partir del índice CPOD no concuerdan con el uso que regularmente se hace de este índice, al menos esto debió aclararse en la metodología, sin embargo, lo relacionado a los datos analizados a partir del CPITN, si se ajustan a las normas establecidas; algunas de las conclusiones a que llegaron en este estudio fueron; La afección periodontal en la población de estudio, según el índice CPITN fue mayor en los sextantes 1 y 6. Treinta y cinco pacientes de un total de cuarenta y dos tomando en cuenta ambos tipos de discapacidades. Presentaban bolsas patológicas de 3.5 mm a 5.5 mm.

Los tratamientos básicos periodontales que necesitan ambos tipos de pacientes fueron; Instrucciones de higiene oral, detartraje supra gingival y sub gingival y pulido radicular.

Otero Jaime, menciona; Que en un estudio longitudinal realizado en Suecia durante 8 años y medio se concluye que los sujetos con habilidades disminuidas para cooperar con el tratamiento dental y aquellos con Síndrome de Down tienen obviamente mayor riesgo de deteriorar su salud oral. Sin embargo comparados con la población sueca normal, los sujetos con retraso mental estudiados tuvieron después de varios años del estudio, en los que contaron con cuidados dentales regulares, una salud oral satisfactoria.

En niños con retraso mental ligero se efectuó un estudio observacional y descriptivo causal en dos escuelas especiales del municipio Camagüey, desde septiembre de 1999 a abril de 2001. La muestra estuvo constituida por 87 niños, a los que se le determinó el diagnóstico de salud bucal y educativo, este último mediante técnicas afectivo-participativas. La alta prevalencia de enfermedades bucales estuvo influenciada por la presencia de numerosos factores de riesgo, por lo que un gran número de niños se clasificó como gravemente afectado.



Con la finalidad de contribuir a la educación de la salud buco dental en niños con retraso mental, se realizó un estudio experimental en una muestra de 57 niños pertenecientes al área de salud de la Policlínica “Alcides Pino Bermúdez” de Cuba, previo consentimiento informado de los padres, en el período comprendido de enero a junio de 2005; para determinar el nivel de higiene bucal se les realizó el índice de análisis de Love, antes y después de la aplicación del programa de salud buco dental para niños con retraso mental: “Yo también sonrío con salud”. El mismo constó de siete sesiones, las que se realizaron una vez por semana e incluyó adivinanzas, rompecabezas, juegos de roles, canciones, juegos didácticos, cuentos y técnicas afectivas participativas para permitir una mejor comprensión y motivación del grupo al cual va dirigido. En el estudio predominó el sexo masculino (63.2%) y las edades de 8 a 10 años (68.4%). Luego de 1 Caracterizar al grupo de estudio de acuerdo a las variables epidemiológicas universales a aplicación del programa se evidenció una higiene bucal buena (57.9%).

Según el acta odontológica venezolana en el artículo número 10, Se realizó una investigación para determinar la salud oral y características generales de las personas con retraso mental (RM) en cuatro Municipios del Estado Lara. Para ello se utilizó un muestreo por conglomerados, seleccionando aleatoriamente 15 de 88 instituciones educativas especiales, quedando la muestra constituida por 155 personas que cumplían con los criterios de inclusión. Previa autorización se interrogó a los padres y examinó a las personas con RM. La mayoría pertenece a la clase social obrera (60,6%). El RM leve fue el más común (32,9%). Con relación a la salud oral, 65,2% de las personas presentaba caries dental. Sesenta y cuatro coma cinco (64,5%) tenían signos gingivales. Requería tratamiento urgente 24,5% de los participantes. Hubo diferencia estadísticamente significativa entre el

estrato social y el tipo de servicio odontológico al que acudían, también entre el tipo de RM y la presencia de signos gingivales. De los resultados se puede concluir que los participantes presentan una higiene oral deficiente, la mayoría de las cuales pertenecen a las clases sociales más desposeídas, por lo que los servicios odontológicos a nivel público deben estar acondicionados y los profesionales y personal auxiliar capacitados para la prevención, tratamiento y rehabilitación de esta población a riesgo.

La importancia de la buena salud oral de los pacientes afectados con discapacidades físicas y psicológicas han motivado a varios autores a preparar un Programa de Higiene Oral y de prevención de enfermedades dentales y periodontales, demandando la participación de los demás miembros de las respectivas familias, los educadores y los profesionales especializados, situándolos a la cabeza del grupo.

Los padres de niños con SD de Francia en un estudio específico realizado manifiestan que frecuentemente encontraron problemas para acceder a atención de salud oral para sus hijos, los cuales eran más resistentes a recibir servicios dentales que los niños normales.

Gabre, Martinsson y Gahnberg realizaron un trabajo longitudinal en la Clínica Dental del Hospital Samariterhemmet de Uppsala (Suecia) durante 8.5 años para evaluar la salud bucal de 124 personas con Discapacidad Intelectual ubicadas entre los 21 y 40 años, con visitas cada 3 meses para ser provistos de cuidados preventivos y ser examinados y evaluados.

Se analizaron los siguientes factores: incidencia y prevalencia de caries, incidencia de pérdida dentaria, pérdida de hueso interproximal, examinados clínicamente y valiéndose igualmente de radiografías de mordida. Se encontró lo siguiente:

- La incidencia de caries fue baja: 0.51 nuevas lesiones por año.
- Las personas con discapacidad mental mostraron más caries que otros sujetos.
- Durante los 8 años y medio las personas perdieron un promedio de 1.82 piezas dentarias por problemas periodontales principalmente.
- Los sujetos que cooperaron poco con sus tratamientos dentales fueron quienes perdieron la mayoría de las piezas dentarias.
- El promedio anual de pérdida de hueso interproximal en todos los sujetos fue de 0.03 mm.
- Los sujetos con SD perdieron más hueso interproximal comparados con las personas con otros diagnósticos de discapacidad mental.
- La mayoría de personas con discapacidad mental mostraron una salud bucal satisfactoria.
- Los sujetos con poca habilidad para cooperar con los tratamientos dentales y los sujetos con SD mostraron un riesgo mayor de deterioro de su salud bucal.

Un informe que publicó la Asociación Odontológica Hispana, muestra que en Utah las probabilidades de que los niños hispanos padezcan cavidades dentales sin tratar son dos

veces más altas que las de los blancos no hispanos. Los datos se dieron a conocer en Fast Facts on Hispanic Oral Health, de la Asociación Odontológica Hispana.

"En el plano médico, los niños latinos corren innumerables riesgos debido a una mala higiene oral y a su dieta", dijo el Dr. Eric Anderson, un dentista de Salt Lake City.

Atribuyó buena parte de las causas del descuido dental entre los niños hispanos, a diferencias culturales que no impulsan buenos hábitos dentales.

"En su mayor parte, los padres no entienden la importancia del cuidado dental", señaló Anderson. Esa falta de comprensión se traduce en problemas de salud a largo plazo, para muchos niños, agregó. "Comprobamos que aumenta la cantidad de niños hispanos, que necesitan un trabajo odontológico importante", declaró. "Si podemos prevenir esos problemas dentales serios mediante la educación de padres y niños, las salas de emergencia hospitalarias ahorrarán una suma adicional con medidas de prevención básicas como el uso del cepillo de dientes, el hilo dental y exámenes regulares."

Según la revista Salud Publica Scielo public health,C volumen 8 artículos de investigación con el propósito de determinar la prevalencia de caries dental en personas con retraso

mental (RM) y Síndrome de Down (SD) se realizó una investigación descriptiva transversal. Se visitó la escuela especial ubicada en el Municipio Morán, Estado Lara, Venezuela, la cual cumplía con los criterios de inclusión, se realizó el diagnóstico de salud bucal de 60 alumnos y entrevistó a los padres y/o representantes. con RM y SD participantes 50 % eran del sexo masculino y el otro 50 % del sexo femenino, con edad promedio de 14 años de edad. Con respecto al tipo de RM y SD 63,3 % de los participantes tienen RM leve y 15,0 % SD leve y 12,0 % pertenecían al grupo de SD moderado. Cuarenta y ocho por ciento (48,3 %) de los participantes pertenecen a la clase social “obrero” y 21,7 % a la clase social “medio, bajo y marginal”, respectivamente.

En relación a la presencia de caries dental según tipo de RM fue mayor en el RM moderado, seguido de RM leve. El mayor porcentaje de personas sin caries dental se encuentra entre el SD leve (77,8 %) seguido del SD moderado (57,4%).

Al analizar la presencia de caries dental según sexo se evidenció que 46,9% del sexo femenino y 53,1 % del sexo masculino tenía caries dental.

#### **IV. Diseño Metodológico.**

A-Estudio descriptivo de corte transversal

B- Área de estudio: El estudio se realizara en la ciudad de Managua en el Centro Rehabilitador Melania Morales para niños con discapacidad, situada en el barrio San Judas.

C- Población de estudio: Todas las personas con discapacidad mental presentes en el centro durante el periodo de estudio y que cumplan con los criterios de inclusión.

D- Unidad de análisis: Cada uno de los niños de centro con discapacidad mental.

##### Criterios de Inclusión:

1. Personas con discapacidad mental colaboradores al estudio.
2. Que los responsables o tutores de estas personas acceden a la evaluación.
3. Personas con discapacidad mental en el cual el examen bucal no comprometa su salud.
4. Personas con discapacidad mental que al momento del examen bucal no exista un riesgo de lesión o que se dificulte por el grado de discapacidad.

##### Criterios de exclusión:

1. Personas con discapacidad mental que no desearon participar en el estudio.
2. Personas con discapacidad mental con tal grado que sea imposible realizar el examen bucal.
3. Personas que presenten otras discapacidades.

G. Variables:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado de salud periodontal.
4. Estado de salud-enfermedad de las piezas dentales.
5. Necesidades de tratamiento quirúrgico de exodoncia..
6. Necesidades de tratamiento periodontal.
7. Necesidades de tratamiento restaurativo.
8. Necesidad educativa en salud bucal.



H. Operacionalización de variables:

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
Edad	Cantidad de años cumplidos hasta el último cumpleaños consignado en los registros del centro.		Por medio del registro del instrumento de recolección de datos. Edad en años que refiere poseer la persona.	Numérica
Sexo	Características fenotípicas que distinguen a un hombre de una mujer.		Observación del fenotipo. Masculino o femenino.	Nominal
Estado periodontal	Situación de salud-enfermedad del tejido de soporte de los dientes.		Valores del Índice CPITN	Ordinal
Estado de salud-enfermedad de los dientes	Estado relacionado a las caries y sus secuelas a nivel dental.		Valores de los Índices ceod y CPOD	Numérico

Necesidad de tratamiento quirúrgico de extracción.	Necesidades de extracciones dentales		Valores del índice CPOD	Numérico
Necesidad de tratamiento periodontal	Se refiere a la cantidad y tipo de tratamiento periodontal o del soporte del que se necesite por paciente.		Valores del índice CPITN	Ordinal
Necesidad de tratamiento restaurativo	Se refiere a la cantidad a tratamiento necesario para el manejo de la caries dental.		Valores de los Índices ceod y CPOD	numérico
Necesidad educativa en salud bucal	Se refiere a los conocimientos e instrucciones fundamentales para mantener una adecuado salud bucal.		Valores del índice CPITN	Ordinal

I. Técnicas y procedimientos:

- Para iniciar el estudio investigativo se solicitó la autorización del centro Melania Morales mediante una carta de acreditación en la cual se marca la presentación del grupo de estudio así como el alcance del mismo, mediante el cual se nos dio todo el apoyo para lograr los objetivos definidos en el corriente estudio.
- Se seleccionaron a los pacientes utilizando los criterios de exclusión e inclusión y con el consentimiento de sus tutores y director del centro de estudio, luego con la ayuda del expediente clínico de cada paciente facilitado por la directora se realizó en el centro el examen intraoral para realizar un diagnóstico que ayudo a la identificación de las necesidades de tratamiento de cada uno de los pacientes.
- Se calibraron los criterios clínicos para el uso de los índices epidemiológicos.
- Para la variable de edad se utilizó como indicador el registro del instituto. para el sexo y necesidades de tratamiento quirúrgico de la población de estudio nos basamos en la observación, para el estado de salud periodontal y para las necesidades de tratamiento periodontal se hizo uso del índice CPITN, para el estado de salud-enfermedad de los dientes y necesidades de tratamiento restaurativo se utilizó el índice ceod y el índice CPOD y para determinar la necesidad educativa en salud bucal lo determinaremos por medio de los Índices utilizados.

En la realización del examen intraoral, se evaluó lo siguiente:

- Cantidad de piezas ausentes por individuo
- Cantidad de caries dental por individuo
- Cantidad de piezas tratadas con obturaciones por individuo
- Cantidad de piezas extraídas por individuo
- Estado periodontal por individuo
- Evaluar por medio de preguntas sencillas su grado de conocimiento sobre salud bucal.

El tiempo de realización de este examen fue de 2 meses, haciendo visitas, semanas de por medio, se visito el centro 3 veces por semana, los días lunes, miércoles y viernes.

Se inicio, por cada grado de primaria, empezando por el primer grado.

Lo primero que se hizo, fue reunirlos en un círculo amplio, explicándoles las personas participantes de la realización de este examen, el procedimiento que se iba a efectuar, haciéndolo de un modo general, y se les explico el porqué de nuestra visita, luego se les pregunto su nombre a cada uno, y todos respondieron de una manera positiva.

Para dar inicio al examen intraroral se empezó juntando a los niños que cooperaban en el proceso haciendo una fila de cinco en cinco, usamos una silla de madera de la institución, y cada niño se sentó en la silla, de esta manera, se procedió a la realización del examen con la hoja de recolección de datos para la evaluación.

Se utilizaron baberos, exploradores y espejos para cada niño, se utilizo además gluteraldehído como desinfectante para mantener en un medio aséptico los instrumentos que se utilizaron, a como también las sondas de la OMS para el examen periodontal,

además de la utilización de guantes con tapa bocas para el equipo de trabajo que realizo la revisión.

A cada uno de los niños, se procedió a explicarle del siguiente modo como se iba a realizar el examen:

“Abrís tu boquita, (mostrándole el espejo) este es un espejito, vamos a ver tus muelitas para ver si están sanas” luego, con el explorador, se dijo que era un cepillito para saber si sus dientes estaban sanos, lo cual dio buenos resultados en la cooperación de cada uno de los niños.

El procedimiento que fue un poco complicado fue el periodontal debido al temor de los niños por la sonda, la mayoría de estos(en especial los más pequeños), tenían miedo de la sonda por el acercamiento de ésta con sus encías, se les menciono que tenían una bolita en la punta y con la mano de ellos, se les hizo tocar la punta de la sonda para que no se asustaran, y de esta manera, se realizara con paciencia, logrando un buen resultado en cada uno de ellos.

Material para la recolección de datos:

- Bandeja de instrumentos
- Espejo bucal
- Explorador
- Sonda periodontal OMS
- Ficha clínica
- Lápiz bicolor
- Lapicero
- Algodón
- Solución reveladora
- Guantes
- Mascarillas
- Basurero
- Linterna
- Sillas

-Procesamiento de los datos.

Posterior al proceso de recopilación de datos estos fueron revisados y se introdujeron en el programa Excel para obtener tablas al respecto.

## V. Resultados

**Tabla 1: “Distribución de los niños con retraso mental, escuela Melania morales por edad, Managua 2010”**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
8	1	1,7
9	2	3,3
10	3	5,0
11	4	6,7
12	2	3,3
13	7	11,7
14	9	15,0
15	5	8,3
16	14	23,3
17	12	20,0
18	1	1,7
Total	60	100,0

**Fuente: Instrumento de recolección de datos.**

La población de estudio está caracterizada por 60 individuos de los cuales se encontró predominio de rango de edad entre los 8-18 años, la media de edades resulto ser de 16 años

**Tabla 2: “Distribución de los niños con retraso mental según sexo, escuela Melania morales, Managua 2010”.**

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>F</i>	20	33,3
<i>M</i>	40	66,7
Total	60	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se estudiaron ambos sexos, masculino y femenino, predominando el sexo masculino con un 66,7%



**Tabla 3: Distribución de los niños con retraso mental por Nivel de escolaridad escuela Melania Morales, Managua 2010`**

Grados de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
I grado	12	20,0
II grado	19	31,7
III grado	29	48,3
Total	60	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En los niveles de escolaridad, se tuvo acceso a la población de estudio de primaria, entre el 1ero y 3er grado, habiendo mayor población de estudio en el 3er grado con el 48.3%

**Tabla 4: ‘Distribución de los niños con retraso mental según Tipo de discapacidad escuela Melania Morales, Managua 2010’**

Tipo de discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
<b>Retraso mental profundo</b>	1	1,7
<b>Retraso mental leve</b>	48	80,0
<b>Retraso mental moderado</b>	11	18,3
Total	60	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Con respecto al tipo de discapacidades, se presentaron 3 tipos: retraso mental leve con un porcentaje del 80 % siendo la más prevalente, siguiéndole retraso mental moderado con un 18.3% y por ultimo retraso mental profundo con un 1.7%

**Tabla 11: Registro de datos del índice CPITN total de los niños con retraso mental escuela Melania Morales, Managua 2010''**

	Frecuencia	Porcentaje
código 0	9	15,0
1	11	18,3
2	32	53,3
3	8	13,3
Total	60	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se observó que la moda del índice CPITN es el código 2 con un 53.3% del total

**Tabla 18: “Necesidad de tratamiento del índice CPITN total de los niños con retraso mental escuela Melania Morales, Managua 2010”**

		Frecuencia	Porcentaje
Código	0	9	15,0
del	1	11	18,3
Índice	2	40	66,7
CPITN	Total	60	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se encontró como resultado de las necesidades de tratamiento del índice CPITN una prevalencia en el código 2 de todos los sextantes con un 66.7%

**Tabla 19: “Índice CPO-D total de niños con retraso mental escuela Melania Morales, Managua 2010”**

Cariados	Perdidos	Obturados	CPOD
4.78	1.48	0.2	6.46

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De la población de 60 individuos con retraso mental escuela Melania morales se obtuvo un  
CPOD de 6.46.

**Tabla 20: “Índice CEO-D total de niños con retraso mental escuela Melania Morales,  
Managua 2010”**

<b>C</b>	<b>E</b>	<b>O</b>	<b>TOTAL</b>
4	0	0	0.26

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De la población de 15 individuos con dentición mixta que presentan retraso mental del  
Centro Melania Morales, se obtuvo del índice CEO-D total el 0.26.

## **VI. Discusión de resultados.**

-Con respecto al objetivo número uno se encontró que la media de la edad de los niños estudiados es de 16 años

- En comparación de los datos obtenidos en el presente estudio con respecto al índice CPITN en la población de niños con discapacidad ,concuerta en el aspecto de necesidad periodontal con lo encontrado en otros estudios, dado que la indicación más prevalente es del NT código 2 del índice que indica la eliminación de cálculo y obturaciones desbordantes. De esta manera muy similar Salas y Mayorga en el 2004, encontraron en el Pajarito Azul, que prevalecía el código 3, ambos aunque con distintos grados de necesidades, deben someterse a tratamiento periodontal.

- Al comparar los datos con el estudio de Gabre y colaboradores realizado en Suecia en los que se encontraba una población entre las cuales se les brindaba tratamientos preventivos los datos del presente estudio son muy diferentes ya que en contraste con el estudio de Gabre y colaboradores los índices de caries son muy bajos mientras que los encontrados en los niños con retraso mental de la Escuela Melania Morales son altos.

- Con respecto a la conclusión de la asociación Hispana llama la atención que ambas poblaciones comparten el riesgo junto con los niños discapacitados ya que no se impulsan los hábitos saludables en estos grupos de riesgo.

- Los datos obtenidos en comparación con el estudio realizado en Argentina son congruentes ya que el grupo de niños con deficiencia mental necesita muchos cuidados dentales.

- En comparación con los datos obtenidos del estudio del estado de Lara, los datos obtenidos son similares dado que ambas poseen una salud bucal deficiente.
- Comparando los datos del CPOD obtenidos en los niños con discapacidad y los datos nacionales de Nicaragua este es de 4 por lo que si existe diferencia en los mismos ya que es alto con 6 los datos obtenidos del CPOD comparados con los moderados del estudio nacional, según la OMS.

## **VII. Conclusiones**

- Se encontró predominio de edad de 16 años sobresaliendo el sexo masculino con un 66.7%.
- La mayor población de estudio se encontró en el 3er grado de primaria con el 48.3%.
- Con respecto al tipo de discapacidades, el retraso mental leve fue la más prevalente con el 80 %.
- Con respecto al Índice CPITN se determina que se observó una prevalencia del código 2 en todos los sextantes por cada individuo con un porcentaje del 53%.
- Con respecto a la necesidad de tratamiento prevaleció el código 2 en todos los sextantes con un total del 66.7%; lo cual indica que esta población de estudio necesita tratamiento periodontal e instrucciones de higiene oral.
- Los valores del índice CPOD encontrados en la población fue de 6.46 siendo este alto según lo establecido por la OMS.
- Con respecto a los valores CEO encontrados en la población de estudio este fue de 0.26 ya que solamente una pequeña parte de la población de estudio se encontraba con dentición mixta.

### **VIII. Recomendaciones**

- A la escuela Melania Morales presentar los resultados obtenidos para gestionar ante ONG'S para la creación de un programa de atención buco dental de los niños con retraso mental como pudiera ser dentistas sin fronteras.
- Al MINSA adecuación de un programa odontológico permanente para la escuela Melania Morales, para la promoción, prevención, educación y tratamiento de los niños con discapacidad.
- Educar en salud bucal a los padres de los niños con discapacidad para que conozcan la importancia que esta tiene como parte de la salud integral en estos niños como grupo vulnerable.
- A la universidad crear una materia que involucre la promoción, prevención y educación continua de la salud bucal, como parte de la formación del futuro profesional.
- Realizar estudios de seguimiento al menos de cada 2 años utilizando índices epidemiológicos como vigilancia del estado de la salud bucal en esta población vulnerable.
- Implementar un programa de atención a niños con discapacidad por parte de la Universidad.



## **Bibliografía**

- 1) Buxton R, Hunter J. Understanding Down's syndrome: a review. University of Nebraska Medical Center, College of Dentistry, Department of Dental Hygiene.
- 2) Otero J. "Odontología en pacientes con Síndromes de Down". Sitio del Instituto Panamericano de Gestión de la Salud. Perú, 2002. artículo htm 406. [WWW.gerenciasalud.com/art406](http://WWW.gerenciasalud.com/art406)
- 3) Cruz Vega I. et al. "Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes con enfermedades cerebro vasculares". Ciudad de la Habana año 2005. Revista Gaceta Dental, año 2006 (174). Pp. 126-132. ISSN: 11352949. [www.ilustrados.com/publicaciones/EEukVkpZAZjgerBNOB.php.#superior](http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEukVkpZAZjgerBNOB.php.#superior)
- 4) Randell DM, Harth S, Seow WK. Preventive dental health practices of non-institutionalized Down syndrome children: a controlled study. J Clin Pediatr Dent.
- 5) Ulseth JO, Hestner A, Stovner LJ, Storhaug K. Dental caries and periodontitis in persons with Down syndrome.
- 6) Yanetsy Caballero Hernández | Publicado: 28/04/2009 | Odontología y Estomatología , Medicina Preventiva y Salud Publica , Medicina Familiar y Atención Primaria.

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1464/2/Salud-bucal-en-ni%C3%B1os-discapacitados>

7) Robert Edgerton. Serie Bruner. El Retraso Mental. Open Books Publishing, Ltd, Londres.

8) Fotos e información publicada por The American Dental Association and American Academy of Periodontology. <http://www.sdpt.net/PER/cpitn.htm>

8) ¿Que es el retardo mental? [Internet]. Disponible en: <http://www.ongactitud.org/preguntas.html>. Consultado: noviembre del 2010.

9) Salud bucal en niños, artículo 1464

Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1464/salud-bucal-en-ni%C3%B1os>

10) Gabre P. Department of Oral Diagnosis and Hospital Dentistry, Institute of Odontology, Karolinska Instituted, Stockolm, Sweden. "Studies on oral health in mentally retarded adults". Swed Dent J Suppl 2000 ;(142):1-48

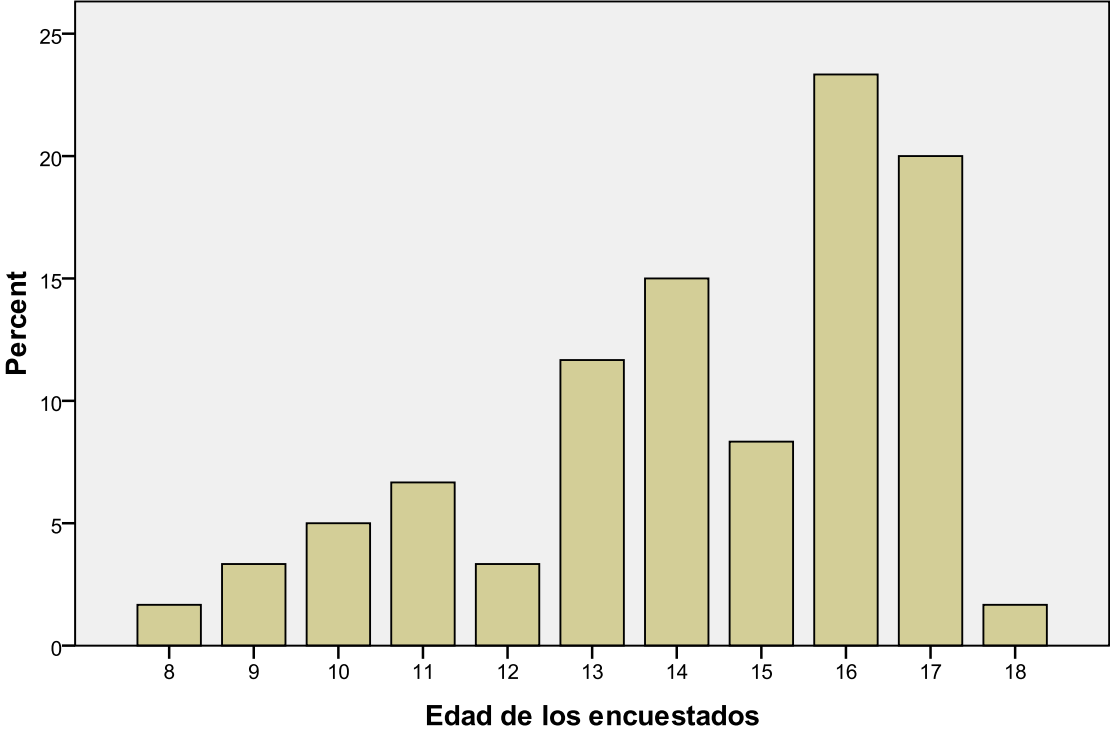
11) caries dental en personas con retraso mental y syndrome de down  
REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 8 (3), Noviembre 2006

## **Anexos**

## **Gráficos**

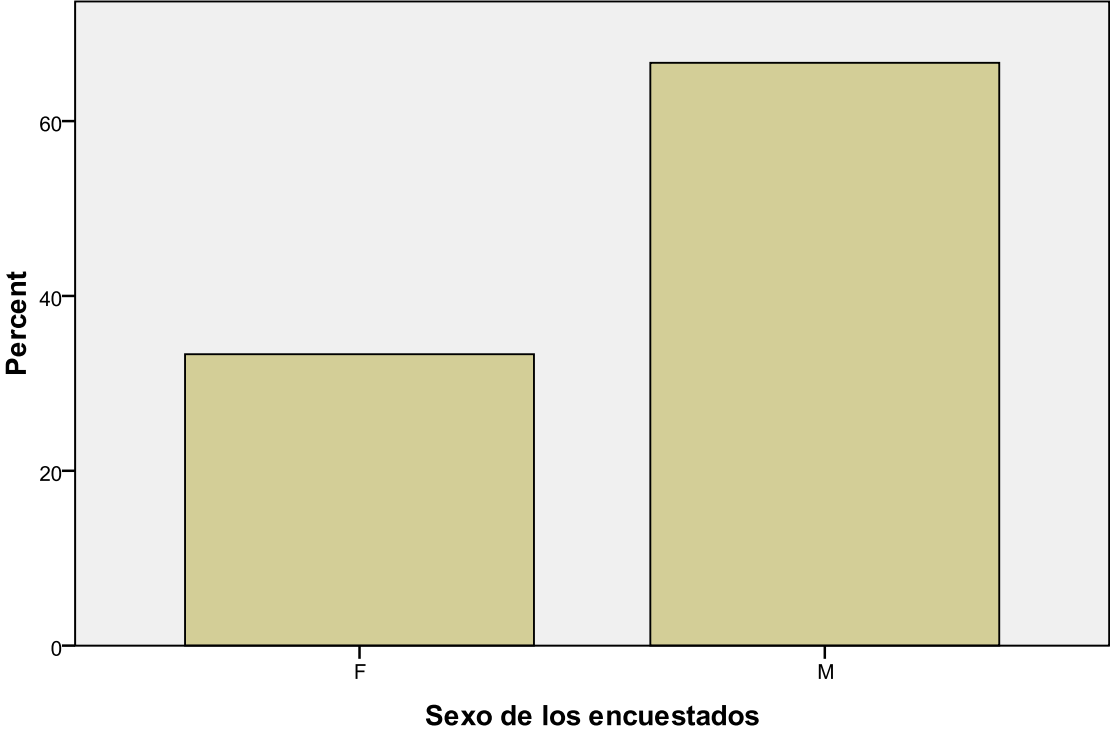
**“Distribución de los niños con retraso mental, escuela Melania morales por edad, Managua 2010”**

**Edad de los encuestados**

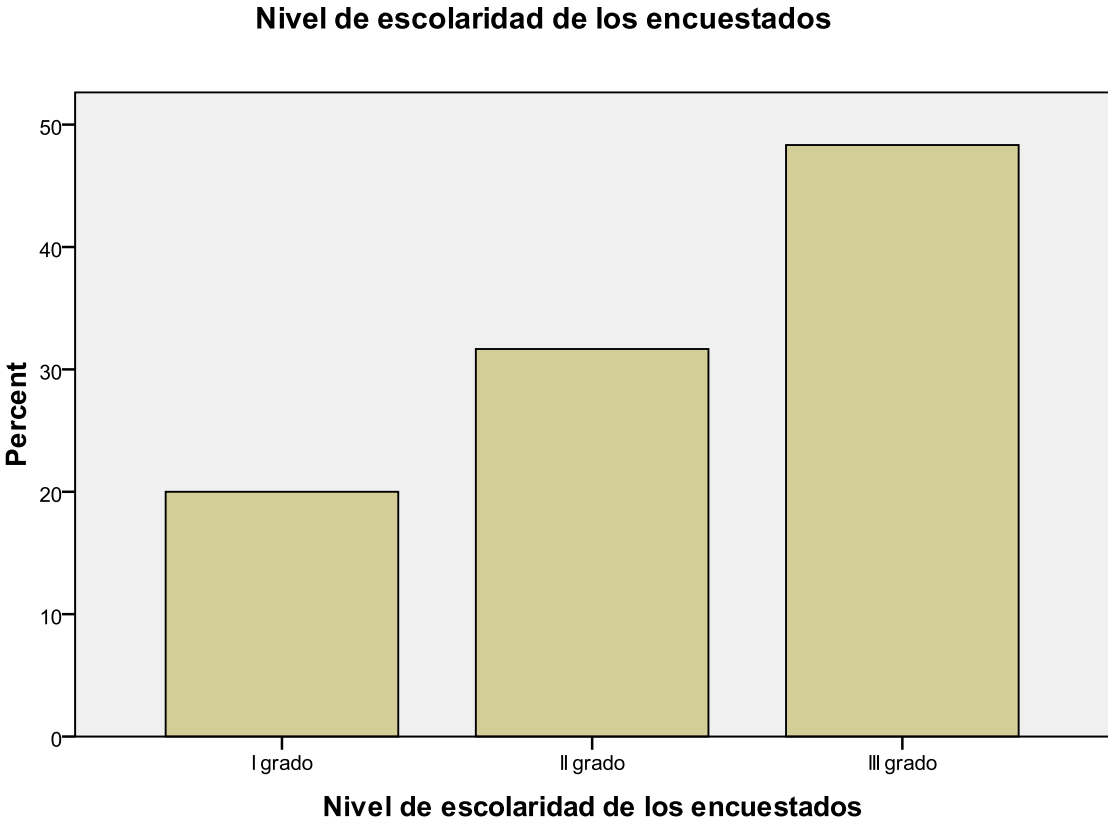


**“Distribución de los niños con retraso mental según sexo, escuela Melania morales, Managua 2010”.**

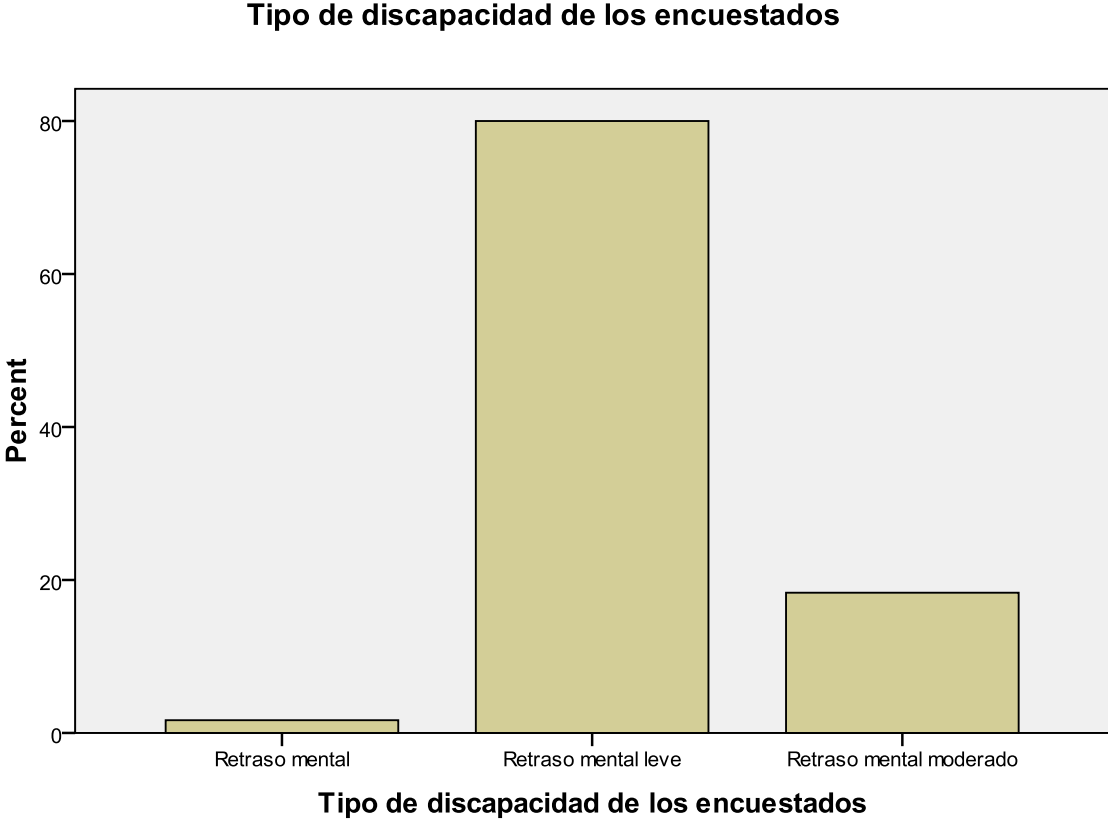
**Sexo de los encuestados**



**Distribución de los niños con retraso mental por Nivel de escolaridad escuela Melania Morales, Managua 2010`**



**‘Distribución de los niños con retraso mental según Tipo de discapacidad escuela Melania Morales, Managua 2010’**



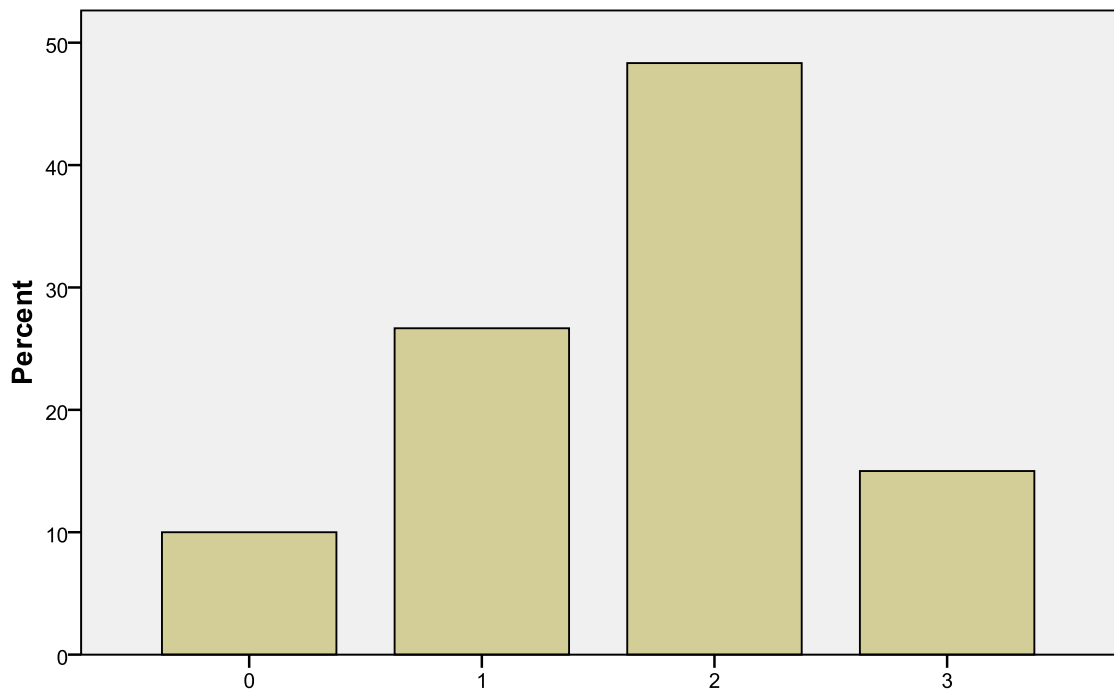


**Tabla 5: Registro de datos del índice CPITN del sextante 1 de los encuestados**

	Frecuencia	Porcentaje
Código 0	6	10,0
s 1	16	26,7
2	29	48,3
3	9	15,0
Total	60	100,0

En los sextante 1 de la población se observó que hubo predominio del código 2 del índice cpitn con un 48.3% siguiéndole el código 1 con un 26.7%

**Registro de datos del índice CPITN del sextante 1 de los encuestados**



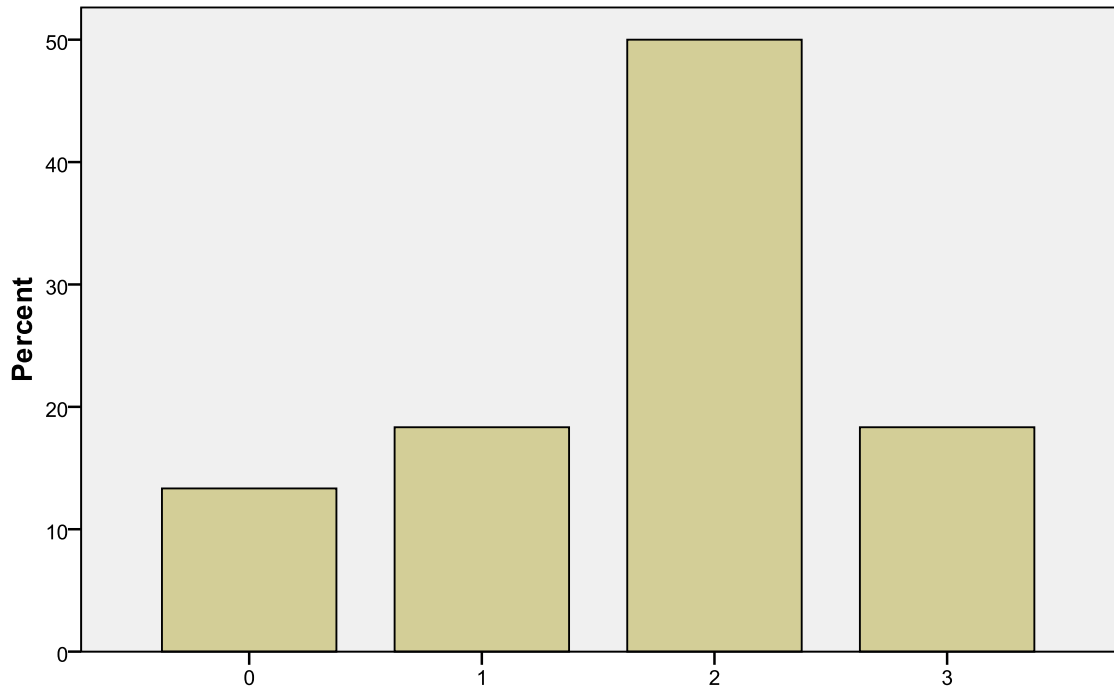
**Registro de datos del índice CPITN del sextante 1 de los encuestados**

**Tabla 6: Registro de datos del índice CPITN del sextante 2 de los encuestados**

	Frecuencia	Porcentaje
Código 0	8	13,3
1	11	18,3
2	30	50,0
3	11	18,3
Total	60	100,0

Se observó en el sextante 2 predominio del código 2 con un 50% siguiéndole el código 1 y 3 con un 18.3% cada uno siendo el menos encontrado el código 0 con un 13.3%

**Registro de datos del índice CPITN del sextante 2 de los encuestados**



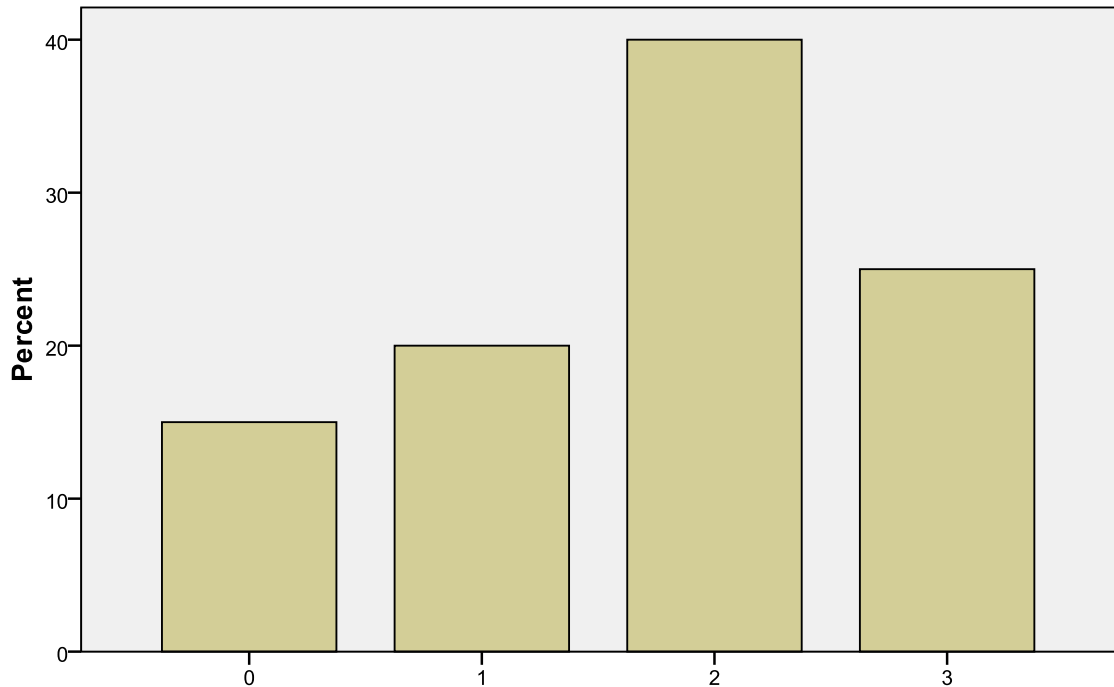
**Registro de datos del índice CPITN del sextante 2 de los encuestados**

**Tabla 7: Registro de datos del índice CPITN del sextante 3 de los encuestados**

	Frecuencia	Porcentaje
código 0	9	15,0
1	12	20,0
2	24	40,0
3	15	25,0
Total	60	100,0

Se observo predominio del codigo 2 con un 40% siguiendole el codigo 3 con un 25% y el

**Registro de datos del índice CPITN del sextante 3 de los encuestados**



**Registro de datos del índice CPITN del sextante 3 de los encuestados**

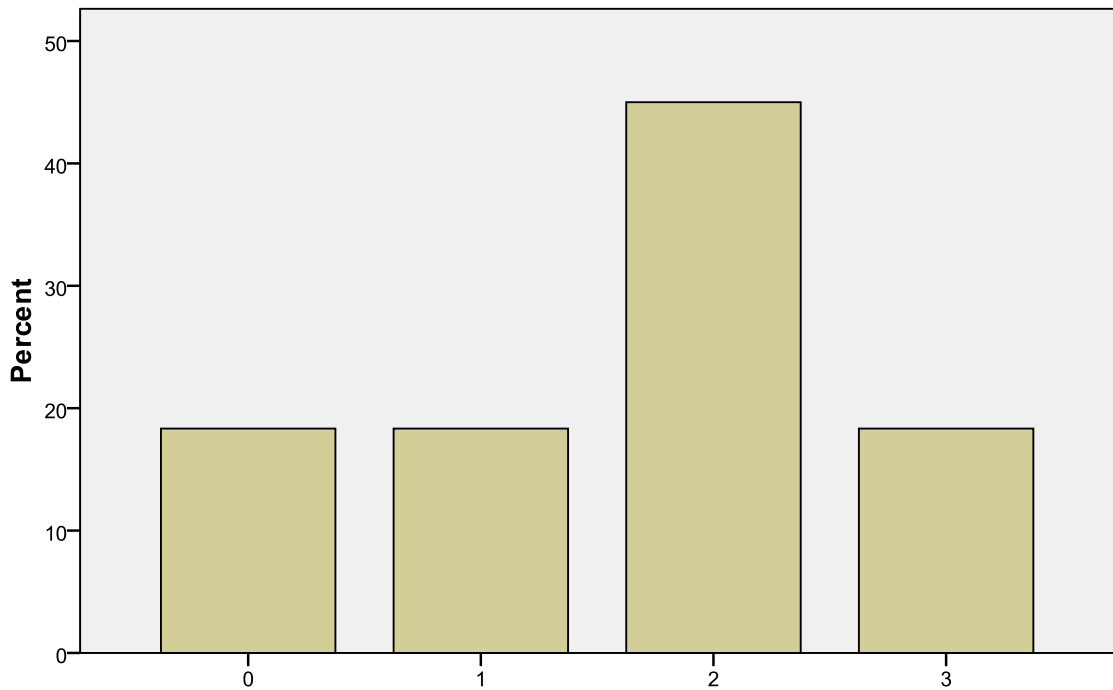
codigo 1 con un 20%

**Tabla 8: Registro de datos del índice CPITN del sextante 4 de los encuestados**

	Frecuencia	Porcentaje
código 0	11	18,3
1	11	18,3
2	27	45,0
3	11	18,3
Total	60	100,0

Se encontro en el sextante 4 predominio del codigo 2 con un 45%

**Registro de datos del índice CPITN del sextante 4 de los encuestados**



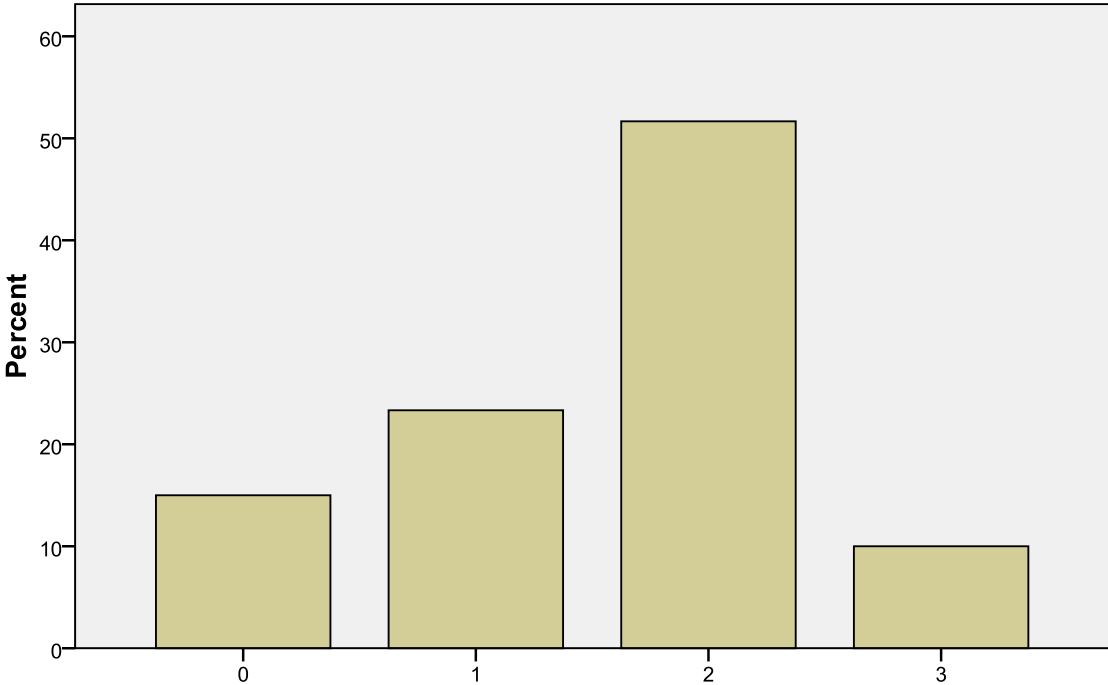
**Registro de datos del índice CPITN del sextante 4 de los encuestados**

**Tabla 9: Registro de datos del índice CPITN del sextante 5 de los encuestados**

	Frecuencia	Porcentaje
Código 0	9	15,0
1	14	23,3
2	31	51,7
3	6	10,0
Total	60	100,0

Se encontro predominio del codigo 2 con un 51.7% siguiendole el codigo 1 con un 23.3%

**Registro de datos del índice CPITN del sextante 5 de los encuestados**



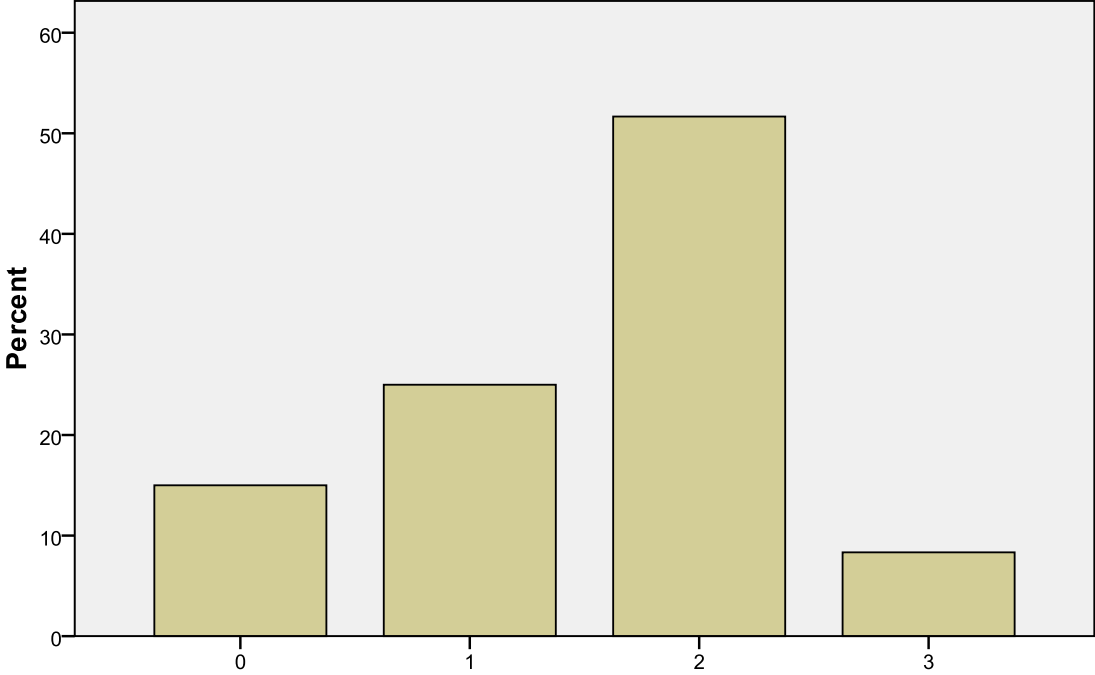
**Registro de datos del índice CPITN del sextante 5 de los encuestados**

**Tabla 10: Registro de datos del índice CPITN del sextante 6 de los encuestados**

	Frecuencia	Porcentaje
Código 0	9	15,0
1	15	25,0
2	31	51,7
3	5	8,3
Total	60	100,0

Se observo en el sextante 6 de los 60 encuestados una prevalencia del codigo 2 con un 51.7% siguiendole el codigo 1 con un 25%.

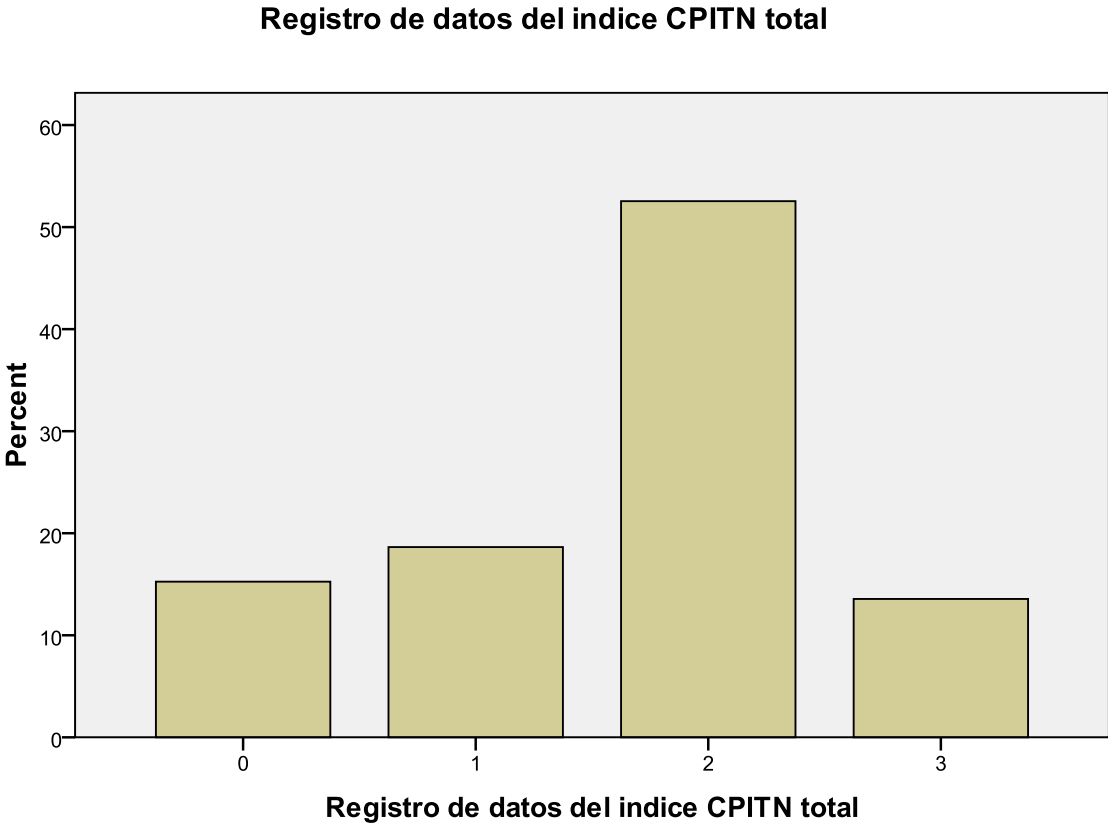
**Registro de datos del índice CPITN del sextante 6 de los encuestados**



**Registro de datos del índice CPITN del sextante 6 de los encuestados**



**Registro de datos del índice CPITN total de los niños con retraso mental escuela Melania Morales, Managua 2010''**

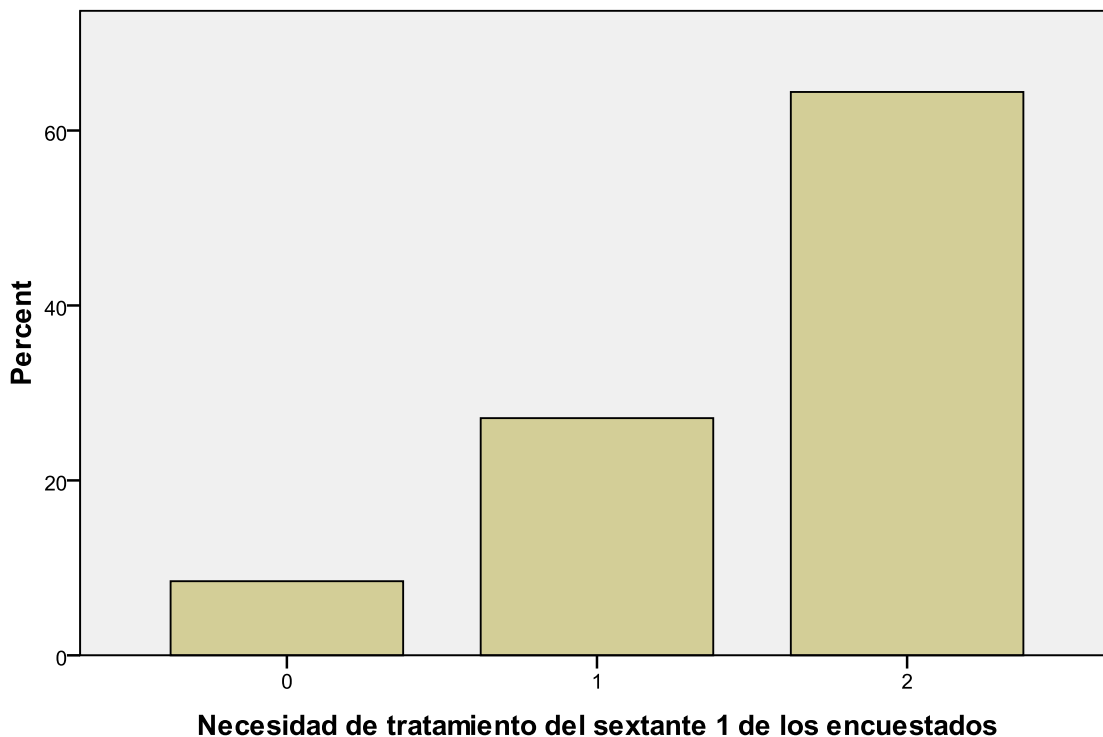


**Tabla 12: Necesidad de tratamiento del sextante 1 de los encuestados**

	Frecuencia	Porcentaje
Ntx 0	6	10,0
1	16	26,7
2	38	63,3
Total	60	100,0

Se encontró mayor necesidad de tratamiento código 2 en los encuestados con un 63.3%

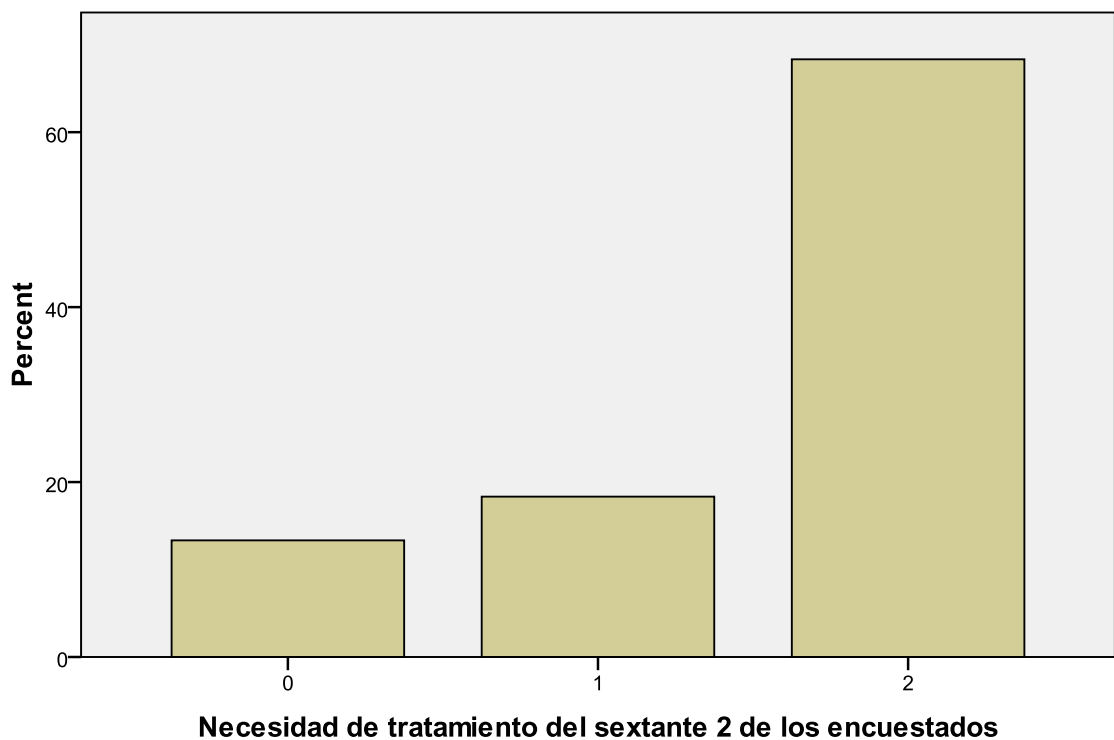
**Necesidad de tratamiento del sextante 1 de los encuestados**



**Tabla 13: Necesidad de tratamiento del sextante 2 de los encuestados**

	Frecuencia	Porcentaje
Ntx 0	8	13,3
1	11	18,3
2	41	68,3
Total	60	100,0

**Necesidad de tratamiento del sextante 2 de los encuestados**



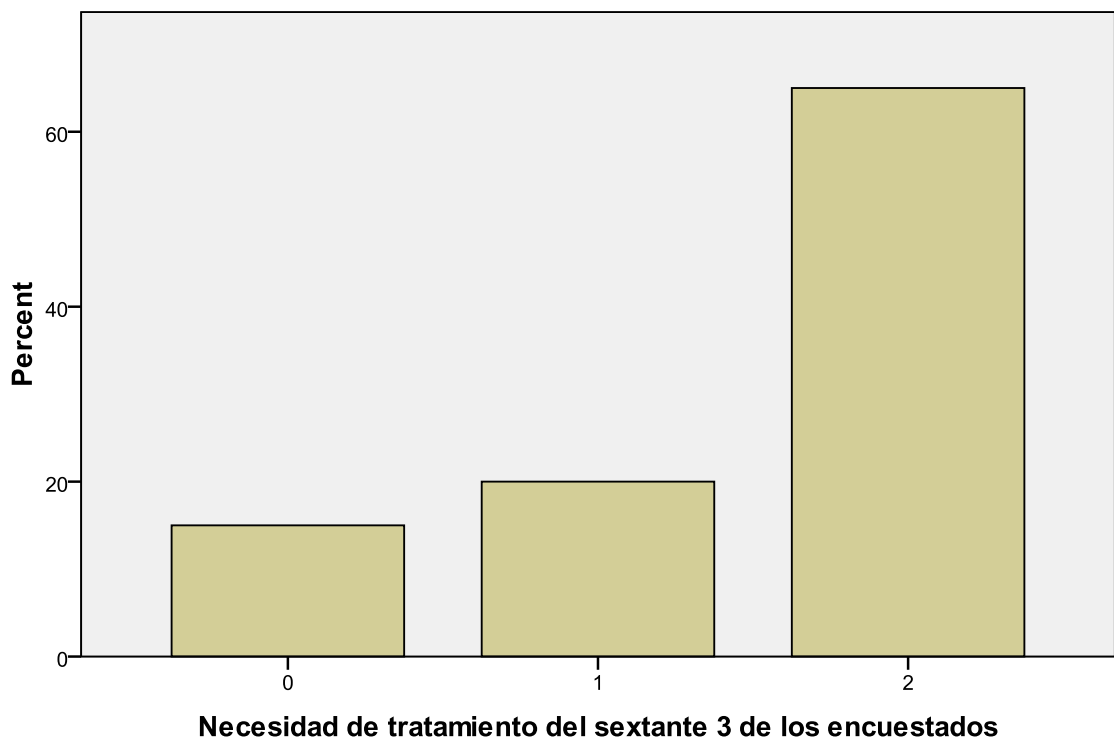
**Cuadro 13: Necesidad de tratamiento del sextante 2 de los encuestados**

Se encontró mayor necesidad de tratamiento código 2 con un 68.3%

**Tabla 14: Necesidad de tratamiento del sextante 3 de los encuestados**

	Frecuencia	Porcentaje
Ntx 0	9	15,0
1	12	20,0
2	39	65,0
Total	60	100,0

**Necesidad de tratamiento del sextante 3 de los encuestados**



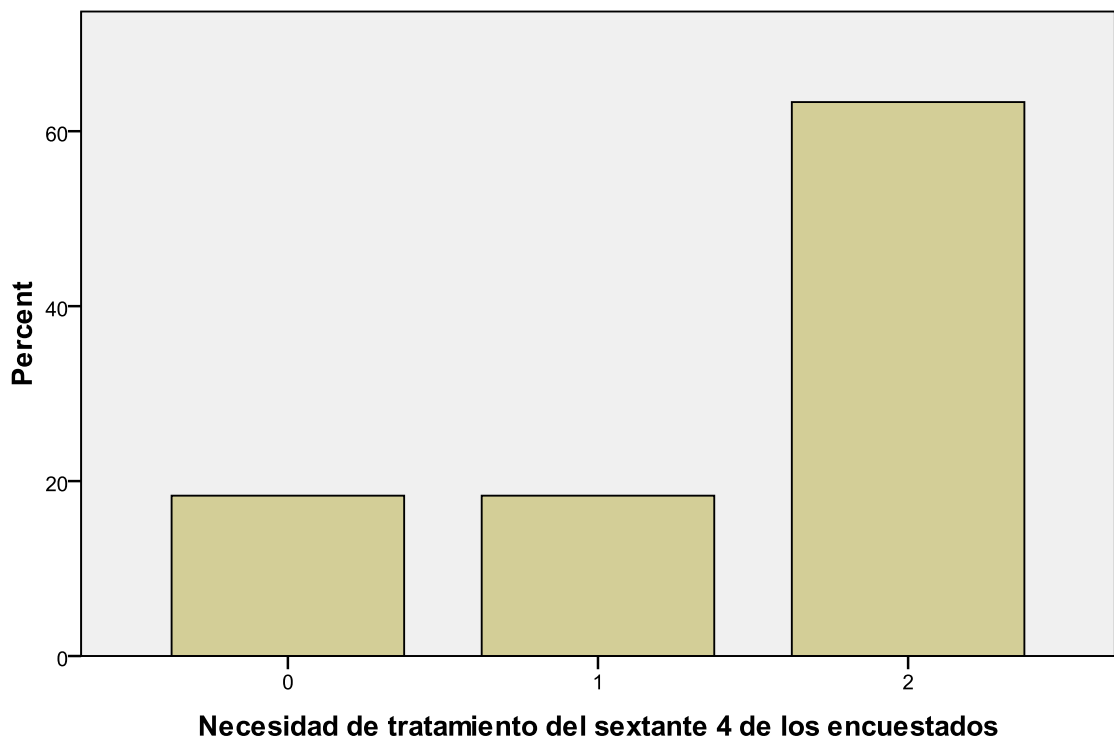
**Cuadro 14: Necesidad de tratamiento del sextante 3 de los encuestados**

Se encontró mayor necesidad de tratamiento código 2 con un 65%

**Tabla 15: Necesidad de tratamiento del sextante 4 de los encuestados**

	Frecuencia	Porcentaje
Ntx 0	11	18,3
1	11	18,3
2	38	63,3
Total	60	100,0

**Necesidad de tratamiento del sextante 4 de los encuestados**



**Cuadro 15: Necesidad de tratamiento del sextante 4 de los encuestados**

Se encontró mayor necesidad de tratamiento código 2 con un 63.3%

**Tabla 16: Necesidad de tratamiento del sextante 5 de los encuestados**

	Frecuencia	Porcentaje
Ntx 0	9	15,0
1	14	23,3
2	37	61,7
Total	60	100,0

**Necesidad de tratamiento del sextante 5 de los encuestados**



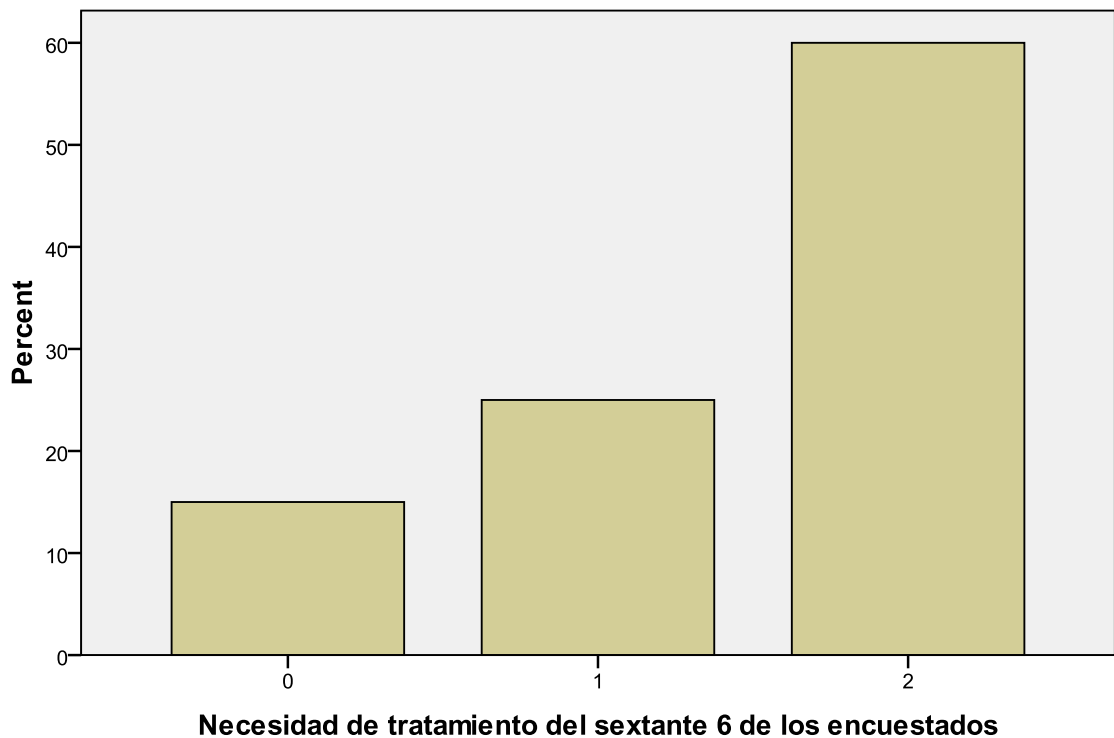
**Cuadro 16: Necesidad de tratamiento del sextante 5 de los encuestados**

Se encontro mayor necesidad de tratamiento codigo 2 en el sextante 5 con un 61.7%

**Tabla 17: Necesidad de tratamiento del sextante 6 de los encuestados**

	Frecuencia	Porcentaje
Ntx 0	9	15,0
1	15	25,0
2	36	60,0
Total	60	100,0

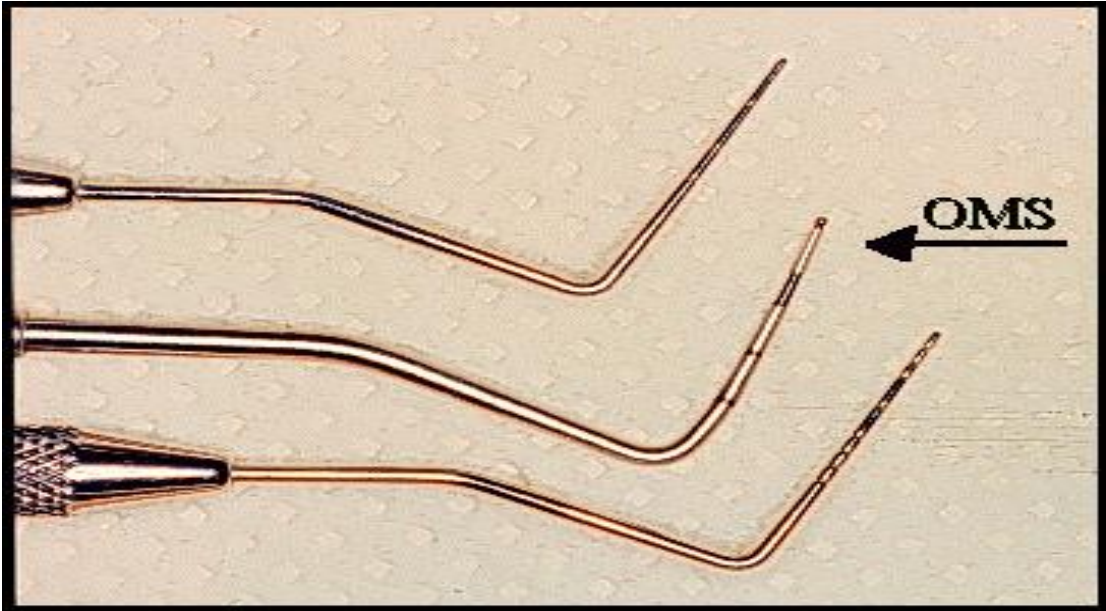
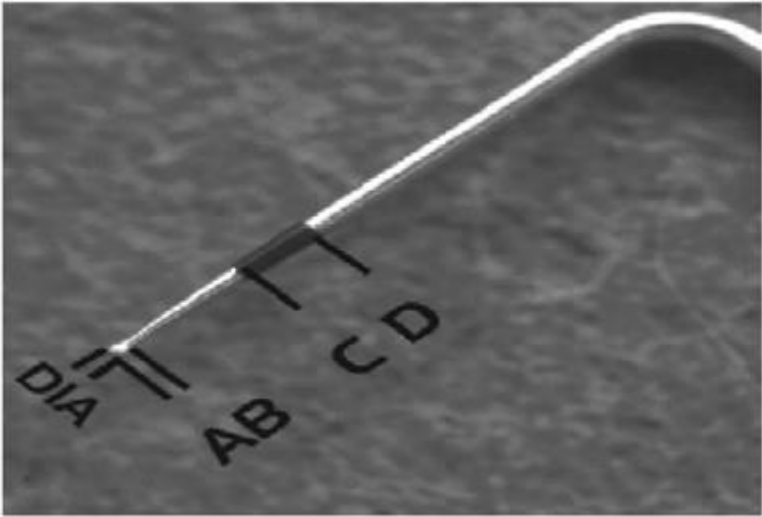
**Necesidad de tratamiento del sextante 6 de los encuestados**



**Cuadro 17: Necesidad de tratamiento del sextante 6 de los encuestados**

Se encontró mayor necesidad de tratamiento código 2 en el sextante 6 con un 60%

### Imágenes de la sonda periodontal OMS







**Instrumento de recolección de datos**

**Fecha del examen** \_\_\_\_\_ **Número** \_\_\_\_\_

**Datos Generales:**

Edad \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

Lugar de residencia \_\_\_\_\_

**Antecedentes personales:**

Tipo de discapacidad \_\_\_\_\_

Registro de datos del Índice CPITN

S1: 16	S2: 11	S3: 26
S3: 46	S5: 31	S6: 36
	Fecha: / /	

Necesidades de tratamiento.

S1:	S2:	S3:
S6:	S5:	S4
	NT=	

Registro de datos del Índice CPOD

### **Instructivo de llenado del instrumento de recolección de datos**

Se procederá al llenado del instrumento de recolección de datos de la siguiente manera:

Primero, se colocará la fecha en que se realice el examen, esta se escribirá colocando el día, mes y año en que este se realice. Por ejemplo; Fecha 02-10-10.

Segundo, en la casilla correspondiente al número se colocará el número correspondiente al examen a realizar. Por ejemplo; Número: 34.

En los datos generales se procederá a realizar una serie de preguntas al entrevistado y se colocarán las respuestas en la casilla correspondiente.

En edad, se preguntará la edad en años del entrevistado y se colocará la misma en la casilla en números.

Por ejemplo: Edad; 14

Se preguntará el sexo del entrevistado y se marcará con una F o una M la respuesta correspondiendo al sexo femenino o masculino respectivamente. Por ejemplo: Sexo: M

En escolaridad, se preguntará al entrevistado el grado de escolaridad que posea y se colocará la respuesta en la casilla correspondiente.

Por ejemplo: Escolaridad; primaria

Con respecto al lugar de residencia, se preguntará al entrevistado el lugar donde vive exactamente colocando en la casilla correspondiente la misma. Por ejemplo; Lugar de residencia: Colonia Independencia, casa número 6.

Se procederá a realizar una serie de preguntas relacionadas a los antecedentes personales del entrevistado.

En tipo de discapacidad, se preguntará al entrevistado el tipo de discapacidad que presenta.

Por ejemplo; Tipo de discapacidad: Síndrome de Down.

En hábitos, se preguntará los hábitos que posea el entrevistado, colocando en la casilla los que este refiera. Por ejemplo; Hábitos: Fumar.

En números de comidas al día, se preguntará al entrevistado el número de comidas que realiza al día y se colocará en números la cantidad que refiera el entrevistado. Por ejemplo; Número de comidas al día: 4.

Luego se procederá a la evaluación de los tejidos periodontales con el auxilio de la sonda periodontal OMS y se procederá a examinar las piezas dentarias índice de cada sextante anotando el dato más relevante en la casilla correspondiente.

Asimismo se anotará la necesidad de tratamiento de acuerdo al índice CPITN obtenido anteriormente en la casilla correspondiente.

Por último se procederá a verificar la pérdida de inserción utilizando la sonda periodontal y los valores del índice CPOD, anotando los datos obtenidos en la casilla correspondiente.

Se termina el examen agradeciéndole a la persona entrevistada.

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Según lo dispuesto en la Ley No 423, Ley General de Salud, en el artículo 8, numerales 4, 8 y 9; el Decreto No.

001 - 2003 y el Reglamento de la Ley General de Salud, en el artículo 7, numerales 8, 11 y 12; y en el artículo 9,

numeral 1: es un derecho de los y las pacientes a ser informado/a de manera completa y continua, en términos

razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre

del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento, y a recibir la consejería por personal

capacitado antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos establecidos en los protocolos y

reglamentos. El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico que se le debe asignar,

de que se le comunique todo aquello que sea necesario para que su consentimiento esté plenamente informado

en forma previa a cualquier procedimiento o tratamiento, de tal manera que pueda evaluar y conocer el

procedimiento o tratamiento alternativo o específico, los riesgos médicos asociados y la probable duración de la

discapacidad. El consentimiento deberá constar por escrito por parte del usuario. † Por tanto, con el presente

documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, y las

posibles complicaciones que se pueden presentar, por lo que solicitamos llene de su puño y letra clara los

espacios en blanco que se le indiquen.

Nombres del (a) usuario/a o representante legal

\_\_\_\_\_ Apellidos del (a)

usuario/a o representante legal

\_\_\_\_\_ Número de cédula

\_\_\_\_\_

Número de teléfono domicilio \_\_\_\_\_ Celular

\_\_\_\_\_ Dirección habitual

\_\_\_\_\_

Nombre del familiar o representante legal que acompaña al usuario y se da por enterado del presente Consentimiento Informado:

Nombres

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apellidos

\_\_\_\_\_

Número de cédula

\_\_\_\_\_

Número de teléfono su domicilio \_\_\_\_\_ Celular

\_\_\_\_\_

Dirección de su casa

\_\_\_\_\_

Manifiestan: Que el profesional de la salud

\_\_\_\_\_,  
con código del MINSA \_\_\_\_\_, y funcionario del (nombre del  
establecimiento de salud)

\_\_\_\_\_ me ha explicado la  
siguiente información  
sobre (escribir el/los procedimiento/s diagnóstico/s terapéutico y tratamientos que se vaya  
a realizar al usuario):

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-

Firma o rúbrica del usuario o representante legal: \_\_\_\_\_

† Ley General de Salud y Reglamento, 27 de Febrero 2003.

#### MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

1- Definición del procedimiento terapéutico, diagnóstico y/o tratamiento  
protocolos, guías o manuales nacionales o literatura internacional)

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-

(de acuerdo a normas,

2- Este(os) procedimiento(s) se me debe(n) practicar debido a las condiciones actuales de mi salud, y en este momento no existe una mejor alternativa que ofrezca mayores garantías para mi bienestar y mejoría de mi estado. En mi caso particular, las indicaciones de este(os) procedimiento(s) son:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-

3- Este(os) procedimiento(s) no está libre de complicaciones, por lo tanto se me ha explicado que puedo presentar una o más de las siguiente complicaciones que son frecuente (escribir todas):

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-

4- Otras complicaciones menos frecuentes pero que también se presentan son (escribir todas):

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-

5- Además presentó las siguientes condiciones (si no posee ninguno escribir NINGUNO): \_\_\_\_\_

que aumenta(n) aún más la probabilidad de padecer las complicaciones antes mencionadas.

6- Si en el transcurso de llevarse a cabo el(los) procedimiento(s) ocurriese una complicación, autorizo al médico y su equipo a se realicen todas las medidas y procedimientos necesarios y adicionales para preservar mi vida y estado de salud; estos incluyen:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-

5-

Firma o rúbrica del usuario o representante legal: \_\_\_\_\_

**MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA**

Manifiestan que:

- Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo sobre el(los) procedimiento(s) diagnóstico(s) o terapéutico y tratamiento
- El doctor/a me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento y eximir de responsabilidad al médico tratante y personal de salud encargado de mi atención
- Se me han explicado otros métodos alternativos para la técnica diagnóstica-terapéutico propuesta y acepto el presente como el más adecuado para mi hijo (a) en las actuales circunstancias

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados. En tales condiciones, **ACEPTO** que se me realice(n) el(los) procedimiento(s) antes descritos.

Firma del usuario, familiar o representante legal:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma testigo:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma testigo:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del médico: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Sello: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_

Índice de Tablas

	Pág.
Tabla 1: Edad de los encuestados	50
Tabla 2: Sexo de los encuestados	51
Tabla 3: Nivel de escolaridad de los encuestados	52
Tabla 4: Tipo de discapacidad de los encuestados	53
Tabla 11: Registro de datos del Índice CPITN total	54
Tabla 18: Necesidad de tratamiento del Índice CPITN total	55
Tabla 19: Resultados del Índice CPO-D	55
Tabla 20: Resultados del Índice CEO-D	56



