



**ESTRATEGIA DIDÁCTICA EN EDUCACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL
DIRIGIDA A CUIDADORAS DE PACIENTES CON RETARDO MENTAL DE
LEVE A MODERADO DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN MYA**

INVESTIGADORES:

LEIDY VANESA BOTIA

INGRID JANNETH QUIÑONES

TULIA INES FORERO

LADY CATHERIN SANCHEZ

ASESOR METODOLOGICO:

Dra. CLAUDIA ALCAZAR

ASESOR CIENTÍFICO:

Dra. YANETTE LÓPEZ

INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA

COLEGIO ODONTOLOGICO

Bogotá, Mayo de 2009

CONTENIDO

1	PROBLEMA A INVESTIGAR	4
1.1	FORMULACIÓN	4
1.2	PREGUNTA	4
2	JUSTIFICACIÓN	5
3	IMPACTO	6
4	MARCO LEGAL	7
5	MARCO TEORICO	8
5.1	DISCAPACIDAD	8
5.1.1	DEFINICION	8
5.1.2	CLASIFICACION	8
5.2	PACIENTE ESPECIAL	9
5.2.1	DEFINICION	9
5.2.2	CLASIFICACION	9
5.3	RETARDO MENTAL	11
5.3.1	DEFINICIÓN	11
5.3.2	ETIOLOGÍA	11
5.3.3	SINDROMES ASOCIADOS	11
5.3.4	PREVALENCIA	14
5.3.5	CLASIFICACIÓN	14
5.3.6	CONDICIONES ORALES	16
5.3.7	CATEGORIAS DE MANEJO ODONTOLOGICO	17
5.4	CARIES DENTAL	18
5.4.1	DEFINICIÓN	18

5.4.2	ETIOPATOGENIA DE LA CARIES DENTAL	18
5.4.3	DIAGNOSTICO VISUAL	19
5.5	HIGIENE ORAL	20
5.1	DEFINICIÓN	20
5.2	PROGRAMAS DE SALUD ORAL	20
5.3	PROGRAMAS DE SALUD ORAL RETARDO MENTAL	21
5.4	DESARROLLO DEL PROGRAMA	23
6	OBJETIVOS	26
6.1	OBJETIVO GENERAL	26
6.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	26
7	ASPECTOS METODOLÓGICOS	27
7.1	TIPO DE ESTUDIO	27
7.2	POBLACIÓN	27
7.3	CRITERIOS DE ELIGIBILIDAD	27
7.4	VARIABLES	27
7.5	INDICADORES	28
8	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
9	PROCEDIMIENTO	35
10	RESULTADOS	36
11	CONCLUSION	38
12	REFERENCIAS	39
13	ANEXOS	41

1. PROBLEMA

1.1. FORMULACIÓN

Los discapacitados con retardo mental son pacientes que presentan un defecto mental, físico o emocional que interfiere con su crecimiento y desarrollo y, compromete todas las actividades de su vida y de su entorno; desarrollando de esta manera una limitación para realizar procesos de manipulación manual a nivel odontológico manifestándose de esta manera un riesgo alto para presentar caries dental, enfermedad periodontal, gingivitis, mal oclusiones dentales; factores adicionales que dificultan una adecuada remoción de la placa bacteriana contribuyendo en gran medida a una higiene oral sea deficiente.

En el Centro de Rehabilitación MYA no existen capacitaciones dirigidas a cuidadoras y/o tutoras de los niños de con retardo mental de leve a moderado que pretendan mejorar la higiene oral de estos pacientes; por consiguiente este proyecto busca probar la capacitación por parte de las cuidadoras a través de la realización de una encuesta inicial y encuesta de evaluación.

1.2. PREGUNTA

¿Cómo afianzar los conocimientos de las cuidadoras que realizan la Higiene Oral en el Centro de Rehabilitación MYA?

2. JUSTIFICACION

Las personas discapacitadas con retardo mental según el marco legal de Colombia¹ deben hacer cumplir sus derechos en cuanto a la prevención, promoción, protección, accesibilidad al servicio, rehabilitación social, bienestar social y atención en salud tanto médica como odontológica sin discriminación alguna con prioridad y prontitud y, con la prestación de políticas de cobertura especializada y de programas específicos.

La baja eficacia de los servicios orales para este tipo de pacientes puede ser parcialmente explicada por las dificultades del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud en resolver y afrontar el problema de la alta morbilidad oral y la falta de recursos financieros disponibles, además del bajo acceso a las consultas odontológicas². La presencia de caries dental debido principalmente a los cuadros orales que manifiestan los niños con retardo mental: gingivitis (por dificultad de remoción adecuada de la placa bacteriana) y mal oclusiones dentales.

La capacitación de higiene oral en cuidadoras de pacientes con retardo mental leve y moderado del Centro de Rehabilitación MYA, es un programa preventivo que busca aplicar criterios del ENSAB III por medio de la capacitación, el cual tiene como objetivo, el desarrollo de actividades preventivas que permiten limitar y mejorar las condiciones de salud bucal.

3. IMPACTO

La capacitación en higiene oral producirá un impacto positivo en las cuidadoras mediante estrategia preventiva, con las cuales pretendemos dar pautas conocimientos y técnicas apropiadas para manejo en la educación e higiene oral de los diferentes tipos de retardo.

4. MARCO LEGAL

En el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad se tiene como objetivo promover medidas eficaces para la prevención de la discapacidad y para la rehabilitación y la realización de los objetivos de igualdad y de plena participación de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo. Estos principios deben aplicarse con el mismo alcance y con la misma urgencia en todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo.

Según la ley 715 de 2002¹ en la cual señala que las personas con discapacidad son personas vulnerables que merecen prioridad en el acceso de los servicios de salud y en la Constitución Política de Colombia, en los artículos 47, 48 y 49 señala una política de prevención e integración con atención especializada y sin discriminación por enfermedades físicas o psicológicas en los servicios de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud. Lo anterior se apoya en la resolución 14861 de 1985, con la implementación de las normas para la protección, seguridad en salud y bienestar de las personas especiales.

Los mecanismos de integración social, y los aspectos en relación, con lo derechos fundamentales nombrados, se establecen en la ley 361 de discapacidad de 1997, la cual busca una completa rehabilitación en personas con limitaciones y así mismo obliga al estado a responsabilizarse de las personas que no pueden alcanzar su completa realización personal e integración social.

Para adelantar y coordinar programas para personas con discapacidad física y mental se crea una Red de Solidaridad Social estipulada en la Ley 368 de 1997.

El plan nacional de atención a las personas con discapacidad, tiene como objetivo “mejorar la calidad de vida de la población con discapacidad, así como

atendiendo el fortalecimiento y a la ampliación de los servicios existentes facilitando su acceso calidad y cobertura de igual manera se busca estimular la extensión y consolidación de las redes territoriales y sociales de apoyo para la atención a la discapacidad de carácter intersectorial e interinstitucional que permita el desarrollo de una cobertura de convivencia y respeto a todos los derechos fundamentales.

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, estipula los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de atención en salud mental en 1991 dando Normas de la atención, reportando que todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos.

Según la ley 8430 de 1993 se estipula que para realizar investigaciones con seres humanos en especial con discapacitados se debe respetar la dignidad, respetar sus derechos y bienestar, para llevar acabo se debe realizar un consentimiento informado el cual debe ser firmado por el apoderado, debe tenerse unos exámenes del neurólogo psiquiatra.. Para saber la capacidad de entendimiento del discapacitado, si tiene buen entendimiento se puede realizar un consentimiento para que el firme que quiere participar en la investigación; la investigación será clasificada en riesgo beneficio.

5. MARCO TEORICO

5.1. DISCAPACIDAD

5.1.1. Definición

El paciente discapacitado es aquel individuo que presenta un defecto mental, físico y emocional que interfiere en general con su crecimiento y desarrollo y compromete todas las actividades de su vida. Se define también como restricción o ausencia de capacidad para desplegar una actividad de la manera normal o dentro de los límites considerados normales para un ser humano⁶

Algunas condiciones discapacitantes se asocian con problemas dentales severos como: manifestaciones somáticas de la misma entidad (bruxismo, mal oclusiones, sialorrea, gingivitis, caries...) que se agravan por el tipo de dieta generalmente cariogénica y la dificultad para realizar una adecuada higiene oral²¹.

Aunque la odontología del paciente discapacitado plantea retos para el profesional que acepta la responsabilidad de brindar atención a los niños con este problema, no significa que sea diferente de la práctica de un niño normal, lo importante es tener en cuenta la honestidad del profesional cuando trata niños con limitaciones, ya que ellos poseen la habilidad para percibir cuando se les quiere y respeta y además existe una incongruencia entre lenguaje verbal y no verbal²¹.

5.1.2. CLASIFICACIÓN

- Leve, cuando la reducción de la capacidad del individuo para desempeñar sus actividades cotidianas es mínima y no interfieren con su productividad.
- Moderado: cuando la reducción de la capacidad del individuo limita parcialmente sus actividades cotidianas y productivas.
- Grave: cuando la reducción de la discapacidad del individuo es tal que lo hace completamente dependiente y poco productivo⁵⁰.

5.2. PACIENTE ESPECIAL

5.2.1. DEFINICIÓN

Paciente especial es todo aquel que padece algún tipo de discapacidad mental o física. [Baggini. C, 2008].

5.2.2. CLASIFICACION

***GRUPO I:** Pacientes con enfermedades crónicas degenerativas.

- Pacientes diabéticos: insulino-dependiente y no insulino-dependiente.
- Pacientes cardíopatas: cardiopatía isquémica, valvulopatías, insuficiencia cardíaca y trasplante cardíaco.
- Pacientes con nefropatías: insuficiencia renal crónica, pielonefritis crónica, litiasis renal crónica, hidronefrosis crónica, nefrectomizados y trasplante renal.

- Pacientes con discrasias sanguíneas: leucemias.
- Pacientes epilépticos

***GRUPO II:** Pacientes con enfermedades que provocan déficit motor.

- Parapléjicos: parálisis más o menos completa de partes simétricas de ambos miembros superiores o inferiores.
- Cuadripléjicos: parálisis de 4 miembros.
- Hemipléjicos: parálisis de un lado del cuerpo.
- Otros: aquellos que tienen alguna otra patología que los incapacite desde el punto de vista motor.

***GRUPO III:** Pacientes que provocan déficit sensorial.

- Ciegos
- Sordos
- Sordomudos

***GRUPO IV:** Pacientes con retardo mental, aquellos que presentan desarrollo anormal de los problemas psíquicos y cognoscitivos como son: percepción, procesos voluntarios de la memoria, pensamiento lógico-verbal, lenguaje y otras, a consecuencia de una lesión orgánica cerebral⁶.

5. 3. RETARDO MENTAL

5.3.1. DEFINICIÓN

El Retardo Mental es el desarrollo anormal de los problemas psíquicos y defectos estables de su actividad cognoscitiva, a causa de una lesión orgánica cerebral³⁸.

En la actualidad el retardo mental es definido por tres condiciones:

- Bajo nivel de inteligencia
- Baja capacidad para adaptarse funcionalmente a las demandas del entorno
- Inicio antes de los 18 años²³.

5.3.2 ETIOLOGÍA³⁸

- Anomalías cromosómicas.
- Alteraciones enzimopáticas.
- Anomalías exógenas prenatales: embriopatía y fetopatías.
- Influencias patógenas postnatales.
- Determinado por otras causas.

Según Freedman en los principales factores causales se determinan por factores hereditarios (50%), alteraciones tempranas del desarrollo embrionario (30%), trastornos somáticos de la niñez (50%) e influencias del entorno y los trastornos mentales (15 – 20%).

5.3.3. SÍNDROMES ASOCIADOS [Rotondo. R, 2002 - 2008]

Los síndromes asociados con el retardo mental según Freedman son:

1. Factores prenatales:

1.1 Trastorno del metabolismo de los aminoácidos.

- Fenilquetonuria
- Hiperglucemia idiopática
- Distrofia oculorrenal de Lowe

1.2 Trastornos del metabolismo de las grasas.

- Degeneraciones cerebro musculares
- Enfermedad de Niemann-Pick
- Enfermedad de Gaucher

1.3 Trastornos del metabolismo de los hidratos de Carbono.

- Galactosemia
- Intolerancia a la fructuosa
- Glucogénesis

1.4 Trastornos metabólicos diversos

- Hipercalcemia idiopática
- Hipoparatiroidismo
- Cretinismo bocioso
- Enfermedad de Wilson
- Dependencia de piridoxina
- Enfermedad de Crigler-Najjar (ictericia no hemolítica familiar)

1.5 Aberraciones cromosómicas.

- Trastornos autosómicos (síndrome de Down, síndrome del maullido, trisomía 18, trisomía 22)
- Anomalías de los cromosomas sexuales (síndrome de Klinefelter, disgenesia ovárica o síndrome de Turner)
- Trastornos autosómicos dominantes (neurofibromatosis, distrofia miotónica, epiloia, craneosinostosis)
- Anomalías del desarrollo producidas por mecanismos genéticos recesivos o desconocidos (anencefalia, microcefalia, macrocefalia, hidrocefalia)

1.6 Infecciones maternas durante el embarazo.

- Sífilis
- Rubeola
- Otras enfermedades

1.7 Complicaciones del embarazo

2. Factores perinatales: Prematuridad, retraso del crecimiento intrauterino, lesiones durante el nacimiento, lesiones traumáticas cerebrales, factores anóxicos, querníctero.

3. Factores Post-natales: Meningitis purulenta, meningoencefalitis vírica, meningoencefalitis aséptica, intoxicación por plomo, traumas, trastornos convulsivos, espasmos infantiles, convulsiones febriles, parálisis cerebral, enfermedad de Heller, malnutrición.

4. Factores socioculturales: Problemas médicos, problemas sociales y emocionales, de privación ambiental, retraso mental familiar.

5.3.4. PREVALENCIA

El censo realizado en el año 2005 por el DANE, estableció una prevalencia de discapacidad del 6.4 % en personas con por lo menos una limitación, en Colombia.

5.3.5 CLASIFICACIÓN

1. De acuerdo a la clasificación cubana, los niveles de retraso mental son:

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

Profundo (CI: por debajo de 20).

2. De igual forma existen diferentes niveles de retraso mental de acuerdo con³⁸.

- Fronterizo
- Ligero
- Moderado
- Severo
- Profundo

3. Clasificación basada en el cociente intelectual OMS en 1998 da los siguientes niveles:

- Retardo mental leve (50-69, de cociente intelectual).
- Retardo mental moderado (35-49, cociente intelectual).
- Retardo mental grave (20- 24, cociente intelectual).
- Profundo (menos del 20 cociente intelectual).
- Otro retardo mental.
- Retardo mental sin especificación.

4. Clasificación según los apoyos necesarios de la AARM del 2002 es:

- Intermitentes
- Limitados
- Extensivos
- Generalizados

5.3.6 CONDICIONES ORALES DEL PACIENTE CON RETARDO MENTAL³⁸

Se han encontrado que las alteraciones bucales más frecuentes en los discapacitados físicos y mentales son las siguientes:

- Caries Dental
- Malformaciones de dientes y maxilares
- Arcos dentales angostos, largos, con paladares profundos
- Maloclusión, macroglosia (Asociados con Síndrome de Down).
- Complicaciones en la deglución y el habla.
- Dientes y huesos pobremente calcificados
- Encías hiperplásicas e inflamadas (respiradores bucales y epilépticos).
- Encías hiperplásicas en los pacientes con tratamiento con Fenitoína.
- Bruxismo.
- Cálculo supra y subgingival.
- Periodontopatías severas.
- Terceros molares retenidos y semiretenidos.
- Infecciones nicóticas.
- Sepsis oral generalizada.
- Quistes periodontales y residuales.

5.3.7 MEDICAMENTOS - MANIFESTACIONES ORALES POR CONSUMO Y TRATAMIENTO

Estos son uno de los medicamentos utilizados para pacientes con retardo mental:

Fenobarbital, Clobazan, Acido Valproico, Agard, Fenitoina Sódica, Fluoxeina, Sinogan, Verapamilo, Hidroclorotiazida Macroductina, Vitamina c.

XEROSTOMIA: Es el síntoma que define la sensación subjetiva de sequedad de la boca por mal funcionamiento de las glándulas salivales.

La xerostomía no indica necesariamente una sequedad objetiva de la mucosa de la cavidad oral, pues el umbral de la sensación de boca seca es variable en cada persona y no todos los casos de hipofunción salival se acompañan de sequedad bucal. Por lo tanto la **hiposalivación** o **hiposialia** no siempre es sinónimo de xerostomía.

Causas de la xerostomía

- **Disminución de estímulos:** la falta de estímulos periféricos visuales, acústicos, térmicos y mecánicos como la ausencia de dientes, provoca una menor información aferente y menor producción de saliva.
- **Trastornos centrales:** las situaciones psicopatológicas que afectan al sistema nervioso central como el estrés, la ansiedad, la depresión o la anorexia nerviosa, pueden producir xerostomía.
- **Trastornos de las vías eferentes:** las alteraciones de las vías eferentes vegetativas que inervan a las glándulas salivales son más frecuentes al alterar la transmisión nerviosa como las infecciones, el tabaquismo, el alcoholismo y otras toxicomanías, fármacos xerostomizantes como los antihipertensivos y los antidepresivos.

- **Trastornos propios de las glándulas salivales:** pueden ser por falta de elementos necesarios para la producción de saliva como la deshidratación, inmunodeficiencias, toma de diuréticos y enfermedades como la diabetes mellitus. También puede ser por ausencia o destrucción del parénquima salival como la extirpación de las glándulas salivales, enfermedades autoinmunes como el síndrome de Sjögren o radioterapia de los tumores de cabeza y cuello.
- **Obstrucción de los conductos de drenaje:** como la sialolitiasis.
- **Enfermedades infecciosas (VIH...)**

Las causas más frecuentes de la xerostomía son:

1. **Fármacos:** es la causa más frecuente. El número de fármacos que disminuyen el flujo salival supera los 400. Los más xerostomizantes son los antidepresivos tricíclicos, los antiparkinsonianos, las fenotiacinas y las benzodiazepinas. También los anticolinérgicos, los antihipertensivos, los antihistamínicos, los antipsicóticos, y los diuréticos.
2. **Enfermedades sistémicas:** como las enfermedades reumáticas del colágeno o autoinmunes como el síndrome de Sjögren, la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, dermatomiositis, enfermedad de injerto contra huésped. La diabetes mellitus produce xerostomía por un proceso de deshidratación y alteración de las glándulas salivales. La deshidratación que aparece en los estados febriles, poliuria, diarrea, hemorragias, gastritis, insuficiencia pancreática, fibrosis quística, hipertensión arterial, polineuropatías, intervenciones quirúrgicas y en los déficit de vitaminas como la riboflavina y el ácido nicotínico producen xerostomía.
3. **Radioterapia de cabeza y cuello:** es irreversible cuando la dosis de radiación sobrepasa los 40 Gy bilateralmente, en las glándulas salivales

principales. Es un síntoma tardío universal en los pacientes sometidos a radioterapia de cabeza y cuello que incluyan las glándulas parótidas. La amifostina es un fármaco que disminuye la frecuencia de aparición de la xerostomía tras radioterapia y la *radioterapia por intensidad modulada* (IMRT) es una técnica de Radioterapia conformada tridimensional (RT3D), que excluye a las parótidas de la irradiación en un porcentaje de su volumen.

4. **Trastornos psíquicos:** sobre todo en la ansiedad y en la depresión. Cuando se toman antidepresivos o benzodíacepinas, la xerostomía se agrava.
5. **envejecimiento:** se debe más a enfermedades intercurrentes y a la toma de fármacos que al propio envejecimiento, puesto que el flujo de saliva tras estimulación es similar al de pacientes jóvenes.

Síntomas que acompañan a la xerostomía

- **Ardor y dolor bucal.**
- **Trastorno alimentario:** debido a la dificultad en la formación del bolo alimenticio, la masticación y la deglución.
- **Disgeusia:** es la alteración del sentido del gusto, caracterizada por la apreciación de sabores distintos y sobre todo desagradables, como sabor metálico a la carne.
- **Dificultad en el uso de la prótesis dental.**
- **Halitosis:** por ausencia de arrastre del detritus y alimentos con la saliva, que se descomponen en la boca.

En la exploración física, la mucosa bucal presenta pérdida de brillo y palidez. En el dorso de la lengua aparecen fisuras. Es frecuente la candidiasis oral, erosiones

bucales, caries sobre todo en el cuello de los dientes. La falta de saliva produce faringitis, laringitis, dificultad para expectorar y alteraciones gastrointestinales como dispepsia y estreñimiento.

La forma objetiva de valorar el flujo salival y la xerostomía es mediante sialometría, que consiste en utilizar diferentes técnicas de la medición del flujo salival.

TRATAMIENTO

Se basa inicialmente en tratar la enfermedad de base que provoca la xerostomía. En caso de ser una xerostomía irreversible se recurre a diversos procedimientos:

- **Estímulos locales:** se basan en estímulos mecánicos como aumento de la función masticatoria comiendo alimentos que requieran una masticación más enérgica como las zanahorias, ingerir sorbos de agua durante las comidas, mascar chicles sin azúcar. Los estímulos gustativos son alimentos ácidos-amargos que aumentan la salivación, aunque el beneficio obtenido es escaso.
- **Fármacos:** destacan la pilocarpina, y otros fármacos parasimpáticomiméticos como la anetoletritiona, betanecol, carbacolina, neostigmina y distigmina.
- **Sustitutos salivales:** son soluciones acuosoiónicas y de carboximetilcelulosa, con mucina, glucoproteínas y preparaciones con contenido enzimático, que imitan a la saliva.

Prevención de caries: como el cepillado de dientes, la limitación en el consumo de hidratos de carbono de absorción rápida, uso de geles fluorados y antisépticos bucales como la clorhexidina.

AGRANDAMIENTO GINGIVAL INDUCIDO POR FÁRMACOS:

Es un crecimiento anormal del tejido gingival secundario al uso de medicamentos sistémicos. El término debe ser utilizado como agrandamiento, ya que no hay ni hiperplasia ni hipertrofia del epitelio o del tejido conjuntivo, sino que es un aumento en la producción de matriz extracelular, predominantemente colágeno.

Los tres medicamentos más asociados a este agrandamiento son: ciclosporina, fenitoína y nefedipina. El aumento de volumen está relacionado también con la higiene del paciente, por lo tanto, una rigurosa higiene disminuye la posibilidad del crecimiento.

TUMEFACCION DE LAS GLANDULAS SALIVALES:

Es una tumefacción dolorosa de consistencia semidura en la parótida, menos frecuente de las glándulas sublingual o submaxilar. A los 2-3 días la parotiditis se hace bilateral

TRATAMIENTO:

Consiste en medidas dirigidas a aliviar los síntomas. Se utilizan analgésicos-antipiréticos para aliviar el dolor provocado por la inflamación de la glándula parótida y disminuir la fiebre

ARTRALGIAS:

Es dolor en una o más articulaciones

TRATAMIENTO:

Los medicamentos antiinflamatorios pueden ayudar a aliviar el dolor y la inflamación, sin embargo, conviene consultar al médico antes de administrarlos.

MIALGIAS:

Son dolores musculares que pueden afectar a uno o varios músculos

TRATAMIENTO:

Reposo de esa parte del cuerpo y tomar acetaminofén o ibuprofeno. Igualmente, se recomienda aplicar hielo dentro de las primeras 24 a 72 horas de una lesión para reducir la inflamación y el dolor. Después de esto, la aplicación de calor se siente que ofrece más alivio.

El ejercicio regular puede ayudar a restaurar el tono muscular apropiado.

5.3.8 CATEGORÍAS DE MANEJO ODONTOLÓGICO EN LOS NIÑOS DISCAPACITADOS CON RETARDO MENTAL

Menús en 1971, describe 6 categorías de conducta en un niño discapacitado que son útiles para determinar el manejo adecuado del paciente:

Tipo	Descripción
Tipo I	Pacientes que aceptan bien los procedimientos odontológicos y puede ser manejado convencionalmente.
Tipo II	Pacientes que inicialmente oponen resistencia ante el tratamiento odontológico, pero por su limitación, su habilidad para razonar y comunicarse, aceptan finalmente los procedimientos después de una explicación apropiada. Se maneja con modificación de las técnicas de conducta.
Tipo III	Pacientes que no aceptan los procedimientos por la incapacidad física de recibir información a tres de comunicación. Se manejan con restricción física y abre bocas
Tipo IV	Pacientes que requieren restricción física y medicación para controlar su conducta
Tipo V	Pacientes que requieren anestesia general por ser de difícil manejo y tener necesidades urgentes y extensas de tratamiento.
Tipo VI	Pacientes no cooperadores que requieren un mínimo de tratamiento y según balance riesgo/beneficio no justifica su atención bajo anestesia general. Su manejo se realiza con restricción física.

- 1.) Restricción física: Dentro de ella se contempla tres posibilidades, a.) Padres o acudientes o cuidadores inmovilizan al paciente tomándolo de

las manos, b.) Inmovilización parcial del cuerpo con bandas en muñecas y pies y c.) Inmovilización total del cuerpo con la tabla de Papoose, pedi-warap o sábanas.

- 2.) Mecanismos de posición: a.) Almohadas para apoyar la cabeza del paciente, b.) Dispositivos en forma de bolsas o talegos.
- 3.) Sedación: a.) La forma de sedación del paciente con retardo mental depende de él, de la localización y del adiestramiento profesional, b.) Con drogas depende de las necesidades del paciente, del tiempo de procedimiento y de la experiencia profesional.
- 4.) Anestesia general: En este ítem, la selección del paciente dependerá de la necesidad de tratamiento, severidad del retardo mental y dificultad para manejar al paciente y se debe valorar el riesgo – beneficio

5.4. CARIES

5.4.1. DEFINICIÓN

La caries dental es una enfermedad en los tejidos duros del diente, en la cual se presenta a nivel iónico una pérdida de minerales que se manifiesta clínicamente inicialmente como desmineralización de la estructura hasta la pérdida del tejido dental¹⁶¹⁷. Actualmente se sostiene que para que se desarrolle una lesión cariosa, debe presentarse un disturbio en el equilibrio entre la placa bacteriana y la sustancia dental ⁴³⁴⁵. La caries dental es una enfermedad local como resultado de la actividad bacteriana localizada ⁴⁶. La caries de la infancia temprana se define por la Academia Americana de Odontología Pediátrica [2004] como la presencia de una o más superficies con cualquier lesión de caries dental en la dentición temporal en niños menores de 71 meses.

5.4.2. ETIOPATOGENIA DE LA CARIES DENTAL

La dieta, la saliva, los microorganismos, etc., han sido descritos como determinantes biológicos que influyen en la tasa de progresión de la caries¹⁷. Otros factores que difieren entre individuos y poblaciones como los factores socio-económicos o comportamentales, son conocidos como factores de confusión e influyen en la caries a través de los factores determinantes¹⁷.

Las reacciones del esmalte a la caries corresponden a la disolución en la estructura externa del mismo, principalmente en la periferia de los cristales y a un agrandamiento de los espacios intercristalinos, detectados mediante microscopía electrónica y óptica⁴⁵. Los signos macroscópicos iniciales corresponden a una lesión opaca, conocida como lesión de "mancha blanca" [Silverstone, 1973].

5.4.3. DIAGNÓSTICO VISUAL

La formación de la lesión ocurre en las áreas de retención de placa, consecuentemente para su visibilidad es necesaria la remoción de la placa bacteriana. Hace algunos años se propusieron nuevos criterios visuales para la detección de caries oclusal.¹² Estos criterios constituyen los sistemas iniciales modernos de detección de caries, los cuales se correlacionan histológicamente con la profundidad de la lesión y con el nivel de infección de la dentina a través de valoración de técnicas de cultivo microbiológicas¹².

En el año 2002, ICDAS – Sistema Internacional de Detección y Valoración de Caries (International Caries Detection and Assessment System), fue propuesto como estrategia internacional de integración de los sistemas modernos de detección y valoración de caries dental [International Caries Detection and

Assessment System Workshop, Baltimore, 2005]. Para lesiones de caries coronal primaria, la clasificación de severidad del sistema ICDAS es la siguiente:

Código	Descripción
6	Cavidad extensa, dentina claramente visible
5	Cavidad detectable exponiendo dentina
4	Sombra subyacente de dentina
3	Perdida de integridad superficial (microcavidad)
2W/ 2B	Opacidad blanca sin secado de aire / Decoloración café más allá de la fisura o amplia en la superficie lisa
1W/ 1B	Opacidad blanca con secado de aire / Decoloración café confinada a la fisura o angosta en superficie lisa
0	Sin cambios visuales

5.5. HIGIENE ORAL

5.5.1. DEFINICIÓN

Aún existe una asociación controvertida entre higiene oral y menor prevalencia de caries dental ^{12 43 4}. Sin embargo, el control de placa se ha considerado el factor clave en la prevención / control de la caries dental por sobre todos los otros factores ^{4 45 24}.

Por otra parte, considerando la efectividad de la crema dental con flúor, el control mecánico de placa debe incluir crema dental con flúor, para obtener los mejores resultados preventivos/terapéuticos. Una higiene oral meticulosa y de alta calidad junto con la crema dental fluorada, ha mostrado tener alta eficiencia en el control del desarrollo y/o progresión de caries. Además, cuando el consumo de azúcar es alto, la remoción de placa es un método preventivo de caries dental poderoso. ^{27 44}.

5.5.2. PROGRAMAS DE SALUD ORAL

El cuidado de la salud oral del niño debe ser fundamentado en el tiempo disponible para la educación preventiva y en el cuidado dental que le brindan sus cuidadores y/o padres las cuales desarrollan una óptima salud oral. Un examen dental adecuado, una historia médica completa y una guía anticipatoria que incluya educación preventiva e intervención terapéutica son esenciales en un programa de higiene oral. [Guía de Odontología pediátrica; 2002 - 2003].

5.5.3. PROGRAMAS DE SALUD ORAL PACIENTE CON RETARDO

Un programa de higiene oral para el niño discapacitado con retardo mental comprende el entendimiento de consideraciones específicas: inmadurez social, intelectual y emocional y ajuste de las técnicas psicológicas conductuales para el manejo. Por lo tanto, es indispensable la valoración psicológica para evaluar más objetivamente la clase de retardo mental que presenta el paciente. Al familiarizarse el paciente con el equipo humano y con los mecanismos utilizados para la higiene oral disminuye su temor [Manzano Altagracia Pirela, Salazar Carmen Rosa, Manzano Moisés; 1999].

Para que el programa sea eficaz se debe escuchar al paciente atentamente e interpretar su comunicación no verbal en términos de actividades iniciales cortas y breves que las cuidadoras y/o acudientes realicen con los niños y gradualmente se aumenta la complejidad sin olvidar que la explicación de los procedimientos se realizan con repeticiones constantes ya que estos niños tienen poca o ninguna capacidad de memoria. Se da un estímulo a la vez, premiándolo después de alcanzar cada logro.

Para las cuidadoras y/o acudientes se crea una estrategia del programa preventivo corto con énfasis en técnicas de higiene oral y refuerzo positivo e individualizada basada en una enseñanza minuciosa sobre los principios en la odontología preventiva para este tipo de pacientes y ajustándolo de acuerdo a las necesidades fisiológicas y psicológicas del niño. Contemplando la necesidad del uso de explicaciones lentas y repetitivas y, adicionalmente la introducción de procedimientos nuevos deberá hacerse paso a paso.

Es ideal el manejo del niño con una misma cuidadora evitando en lo posible el cambio de la misma.

5.5.4. DESARROLLO DE LA CAPACITACION DE HIGIENE ORAL PARA PACIENTES CON RETARDO MENTAL DIRIGIDO A LAS TUTORAS / CUIDADORAS.

1. PAUTAS A TENER EN CUENTA

Para que la capacitación sea efectiva la cuidadora debe en lo posible tener conocimiento previo de cómo la población piensa, como siente y actúa en cuestiones relacionadas con la salud; la comunicación con el niño en un ambiente relajado, utilizar un tono de voz adecuado para inspirar confianza y disminuir la ansiedad del niño sin expresar sentimientos de pesar o lástima. Organizar el material de trabajo es importante antes de comenzar con el paciente e introducir gradualmente estímulos como música, luz... es indispensable tener presente el control del dolor.

La modificación en el comportamiento incluye refuerzos positivos y negativos con una proyección realizada paso a paso. El refuerzo positivo es una medida del éxito de la ejecución del programa pero depende del paciente en sí. Con el refuerzo negativo se busca la remoción de comportamientos y actitudes no razonables.

Para cambiar la actitud sistémica se contará con la ayuda de las cuidadoras y/o tutoras ya que se requiere de mucha paciencia e ingenuidad para contribuir de manera constructiva y significativa en el desarrollo del programa con mejoras en las habilidades de autocuidado y un comportamiento más manejable.

Los hábitos de higiene que más tempranamente se instalen resultarán más fáciles de ser aceptados por el niño. Para ello enseñamos a las cuidadoras las etapas progresivas de higiene bucal que acompañan el crecimiento del niño [Pérez P, Silvestre J; 2000].

2. MATERIALES E INSTRUMENTOS ÚTILES PARA EL PROGRAMA como metemos los de bioseguridad.

Las cuidadoras y/o tutoras conocerán los implementos para realizar la higiene oral adecuada como lo son abrebocas (dedos de acrílico, bajalenguas, tacos de mordida, abrebocas modificado con 3 o 4 depresores linguales enrollados con esparadrapo), modificaciones en el manejo del cepillado, dispositivos para utilizar seda dental [Pérez P, Silvestre J; 2000].

Se puede lograr el uso de manejo de conceptos sobre higiene oral a través de actividades visuales como coloreado, dibujo con lápices realizadas en grupos pequeños contando con la ayuda de las profesoras del Centro de Rehabilitación MIA. [Barlow CF; 1978].

Un punto a tener presente se refiere al uso de cepillos dentales, el tamaño puede ser pequeño para el cuidador que realice la higiene oral diariamente y otro para el paciente, el cual se adaptará a las posibilidades del niño. El odontólogo deberá entonces evaluar las competencias del niño y adecuará si el cepillo puede ser convencional o modificarlo. Si el tono muscular presenta alguno de estos dos casos: 1. en extensión y 2 en presión. En el caso 1 el mango deberá contar con algún sistema de agarre seguro. En el caso 2 el mango deberá engrosarse lo suficiente con algunos materiales termoplásticos que permiten endurecerse y que queden en ellas las huellas de los dedos. Para aquellos pacientes pediátricos que no pueden llevar su mano cercana a la boca se alarga el mango con una regla [Pérez P, Silvestre J; 2000].

Al paciente con retardo mental moderado a severo y con una clasificación de Menius tipo II y III se facilitará autosujetar el cepillo indicado con una cinta elástica, doblando ligeramente el mango del cepillo bajo agua caliente.

Se puede mejorar el agarre del cepillo dental con ejercicios utilizando una pelota de tenis, el mango de una bicicleta o una esponja.

3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Los factores de riesgo asociados son los relacionados con la función muscular alterada, tipo de dieta, ambiente social, dificultad para realizar higiene oral, uso de medicamentos edulcorantes que reducen la salivación y pueden producir alteraciones gingivales.

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar y evaluar una estrategia didáctica en educación sobre higiene oral, dirigida a las cuidadoras de los pacientes con retardo mental de leve a moderado del Centro de Rehabilitación MYA.

6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar a las cuidadoras sobre el conocimiento de salud oral
- Capacitar a las cuidadoras en hábitos de salud oral.
- Realizar diagnostico de salud oral en pacientes.
- Diseñar actividades estratégicas propias para la capacitación.
- Aplicar y evaluar la capacitación del personal.

7. ASPECTOS METODOLOGICO

7.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo y aplicación de una capacitación sobre salud oral.

7.2. POBLACION

Cuidadoras de pacientes con retardo mental de leve y moderado del Centro de Rehabilitación MYA durante el I semestre de 2009.

7.3. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

7.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Personal a cargo que laboran en la institución como cuidador.
- Pacientes del Centro de Rehabilitación MYA con Retardo Mental Leve y Moderado.

7.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

- El personal a cargo que no intervengan en la Higiene Oral.

7.4. VARIABLES

	Variables	Operacionalización	Tipo de variable	Escala de medida	Instrumento
1	Edad	número	Cuantitativa		Historia
2	Genero	1. Masculino 2. Femenino	Cualitativa	Nominal	Historia
3	Escolaridad	1. Primaria 2. Secundaria 3. Ninguna	Cuantitativa	Discreta	Historia
4	Tipo de retardo mental	1. Leve 2. Moderado	Cualitativo	Ordinal	Historia
5	Enfermedad sistémica	Nombre	Cualitativo	Nominal	Historia
6	Medicamentos	Nombre	Cualitativo	Nominal	Historia
7	Índice gingival	1. Ausencia de sangrado 2. Sangrado al sondaje 3. Sangrado espontáneo	Cualitativo	Nominal	Historia
8	Índice de placa	1. Ausencia de placa 2. Placa delgada	Cualitativa	Nominal	Historia

		3. Placa gruesa			
9	Presencia de cálculos	1. Supragingivales 2. Subgingivales	Cuantitativa	Discreta	Historia
10	Patología periodontal	1. Gingivitis 2. Periodontitis	Cualitativa	Nominal	Historia
11	Frecuencia de consumo bebidas y carbohidratos	1. 3 veces 2. 3 -4 veces 3. 4-5 veces 4. 5- 7 veces 5 más de 7 veces	Cuantitativa		Historia
12	Aplicación de Flúor	1. Si 2. No	Cualitativa	Nominal	Historia
13	Autocuidado	1. Si 2. No	Cualitativa	Nominal	Historia
14	Motivo última consulta	1. Regular 2. Urgencia	Cualitativa	Nominal	Historia
15	Factores retentivos	1. Ortopedia 2. Erupción dental 3. Malposiciones	Cualitativa	Nominal	Historia
16	ICDAS	0 Sano 1w OBSS / 2w OBSH	Cualitativa	Nominal	Historia

		1b OCSS / 2b OCSH 3 microcavidad 4. Sombra subyacente 5 Cavidad detectable 6 Cavidad extensa			
17	Comportamiento	1. Definitivamente negativo 2. Levemente negativo 3. Levemente positivo 4. Definitivamente positivo	Cualitativo	Nominal	Historia
18	Persona que realiza cepillado	1. Solo 2. Adulto y menor 3. Tutora	Cualitativo	Nominal	Encuesta
19	Frecuencia cepillado	1. 1 ves 2. 2 veces 3. 3 veces 4. Ninguna 5. Otra	Cuantitativo		Encuesta
20	Uso de crema dental	1. Si 2. No	Cualitativo		Encuesta

2 1	Uso seda dental	1. Si 2. No	Cualitativo		Encuesta
2 2	Uso de enjuague	1. Si 2. No	Cualitativo		Encuesta
2 3	Frecuencia de uso enjuague	1. 1 vez 2. 2 veces 3. 3 veces	Cualitativo		Encuesta

7.5. INDICADORES CLINICOS

El examen oral de los niños en el programa contempla hallazgos de: a.) Estado Gingival; b.) Niveles de Placa; c.) Diagnóstico de caries dental de la dentición con criterios ICDAS y d.) Riesgo individual de caries (Riesgograma).

Los indicadores y la codificación se describen a continuación:

a.) El Estado Gingival (índice gingival modificado de Silness y Loe) ¹²

Se examinará el margen gingival vestibular de los dientes índice: 55, 52, 72, 75, 85 (en caso de no estar presente un diente por exfoliación o exodoncia, se toma el diente permanente que lo reemplaza o el diente hacia mesial) y se realiza un registro del estado del margen gingival con los siguientes criterios de clasificación:

0 = no inflamación gingival (sano)

1 = inflamación gingival leve, pero ningún sangrado después de sondaje cuidadoso

2 = inflamación gingival moderada a severa, sangrando después del secado con aire.

b.) Niveles de Placa (índice modificado de Silness y Løe) ¹²:

La presencia de placa bacteriana se valorará en las superficies vestibular, oclusal cuando procede y palatino/lingual de los dientes índice: 51, 63, 84 y último molar de todos los cuadrantes (en caso de no estar presente el diente por exfoliación o exodoncia, se toma el diente permanente que lo reemplaza o el diente hacia mesial) con los siguientes criterios de clasificación:

0 = ausencia de placa visible

1 = placa visible delgada, difícil de identificar visualmente pero detectable al pasar una sonda

2 = placa visible gruesa, fácilmente detectable.

c.) Criterios visuales ICDAS ²²:

El examen visual se llevará a cabo después de limpiar las superficies con un cepillo dental y crema dental, con el uso de luz de una linterna, secado con algodones para valor con los criterios ICDAS de clasificación de lesiones cariosas:

Código	Descripción
6	Cavidad extensa, dentina claramente visible
5	Cavidad detectable exponiendo dentina
4	Sombra subyacente de dentina
3	Pérdida de integridad superficial
2W/ 2B	Opacidad blanca sin secado de aire / Decoloración café más allá de la fisura / amplia en la superficie lisa
1W/ 1B	Opacidad blanca con secado de aire / Decoloración café confinada a la fisura / angosta en superficie lisa
0	Sin cambios visuales

d.) Valoración individual de riesgo de caries ⁵:

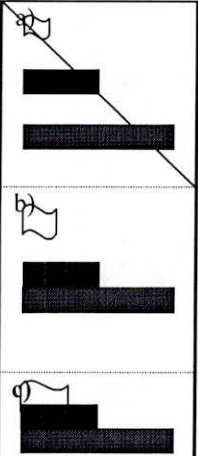
La valoración individual de riesgo de caries se llevará a cabo con la estimación del cuestionario del Riesgograma en el cual se analizan los factores de riesgo: experiencia de caries teniendo en cuenta el referente nacional ²⁸, índice visible de placa bacteriana, retención de placa localizada o compromiso sistémico, cantidad de carbohidratos y de bebidas consumidas, secreción salivar, uso de crema dental con flúor, acceso a consulta en el último año por motivo diferente a la urgencia y factores retentivos de placa bacteriana.

Variables	Respuesta
*Frecuencia consume de bebidas / comidas	
*Uso de crema dental con flúor	
*Flúor gel – barniz /3meses – 6 meses	
* Secreción salivar (espejo se adhiere a la boca)	
*Autocuidado / No. veces cepillado por día	
*Motivo última consulta	
*Ortopedia	
*Erupción primer molar	
*Malposiciones dentales	

8. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS - ENCUESTA

8.1 ENCUESTA SEMI- ESTUCTURADA, EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD ORAL A LAS CUIDADORAS Y/O TUTORAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN MYA

	Pregunta	Opciones
1	¿Qué es la caries dental?	a. Acumulo de comida b. Bacterias c. Daño dental d. Manchas amarillas e. Falta de cepillado f. Otro
2	¿Cómo se previene la caries dental?	a. Cepillándose b. Cepillándose e ir al odontólogo c. Cepillándose y enjuague bucal d. Cepillándose y seda dental e. Asistiendo al odontólogo f. Otros
3	¿Por qué se produce la caries dental?	a. Mal Cepillado b. Mala alimentación/Comer dulces c. Infecciones/Enfermedades d. Herencia e. Otros
4	¿Reconoce usted como se ve una lesión de caries?	Si Que aspecto tiene? a. Negro o café b. Amarillo c. Hueco d. Mancha blanca e. Otro

5	¿Quién realiza el cepillado del menor con retardo mental leve y moderado?	a. Solo b. Adulto y el menor c. Tutora
6	¿Cuántas veces al día realiza el cepillado del menor con retardo mental leve y moderado?	a. 1 vez b. 2 veces c. 3 veces d. Ninguna e. Otra cual? _____
7	¿Usa crema dental en el cepillado del menor con retardo mental leve y moderado?	a. Si b. No
8	¿La crema dental que utiliza en el menor con retardo mental leve y moderado es fluorada?	a. Si b. No
9	¿Qué tipo de crema dental utiliza en el cepillado del menor con retardo mental leve y moderado?	a. Adulto b. Niño
10	¿Que cantidad de crema dental utiliza en el menor con retardo mental leve y moderado?	

		 	
11	¿Que tipo de cepillo de dientes utiliza con el menor con retardo mental leve y moderado?	a. Niño b. Adulto c. Otro Cual?	
12	¿Cada cuanto cambia el cepillo de dientes del menor con retardo mental leve y moderado?	a. Menos de 6 meses b. Más de 6 meses c. Otro cual_____	
13	¿Que técnica de cepillado utiliza en el menor con retardo mental leve y moderado?		
14	¿Usa seda dental en la higiene oral del menor con retardo mental leve y moderado?	a. Si b. No	
15	¿Usa enjuague bucal luego del cepillado del menor con retardo mental leve y moderado?	a. Si Cual? _____ _____ _____ Con _____ que frecuencia? _____ b. No	
16	¿Cuáles son los alimentos que consume el menor con retardo mental leve y moderado?	a. _____ Líquidos Cuales? _____ _____	

		Grasas Cuales? _____ _____
		c. Azúcares Cuales? _____ _____
		d. Frutas Cuales? _____ _____
		e. Otros Cuáles? _____ _____
17	¿Qué dificultad presenta el menor con retardo mental leve y moderado en el momento del cepillado?	
18	¿Utiliza alguna ayuda para facilitar la higiene oral del niño?	a. Si cual? _____ _____ _____ _____
		b. No
19	¿Cuál es la frecuencia de atención y control odontológico del menor con retardo mental leve y moderado?	a. Mensual b. Trimestral c. Semestral d. Anual e. Nunca f. Otra

		Cuál?
20	¿Qué problemas de higiene oral conoce que se presenten en los niños con retardo mental?	
21	¿Sabe que alimentos producen caries al menor con retardo mental leve y moderado?	a. Si b. No

8.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS – FORMATO HISTORIA CLINICA

FORMATO DE REGISTRO DIAGNOSTICO DE SALUD ORAL PACIENTES CENTRO DE REHABILITACIÓN MYA

1. Identificación

Historia No.:	Fecha:
Nombre:	Edad:
Genero:	Fecha nacim:
Nivel de retardo:	Sede:
Nivel (curso):	
Nombre de la cuidador(a) a cargo:	

2. Factores sociales

Pregunta	Si	No	Observaciones
1. Usa crema dental (escribir marca)			
2. Usa seda dental (cada cuanto)			
3. Otras ayudas? Cuales? Y con que frecuencia?			

3. Factores biológicos

Pregunta	Observaciones
1. Sistémicos	
2. Medicamentos	

4. Índice gingival Silness & Loe modificado

Diente	16/55 (V)	12/52 (V)	32/72 (V)	36/75 (V)	46/85 (V)	Mediana
Código						

*Convenciones: 0= ausencia de sangrado al sondaje; 1= sangrado al sondaje; 2= sangrado al aire o espontáneo.

5. Índice de placa

Diente	16/55	11/51	23/63	26/65	36/75	45/84	46/85	Mediana
Código								

*Convenciones: 0= Ausencia de placa; 1= Placa delgada detectable al aire o sonda;
2= Placa gruesa visible.

6. Cálculos

Dte / Sup	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Supraging																
Subging																
Dte / Sup	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Supraging																
Subging																

% cálculos supragingivales	
% cálculos subgingivales	

Patología periodontal	Sí	No
Periodontitis		
Gingivitis		

7. Riesgograma



Variables	Señalar respuesta
*Frecuencia consume de bebidas / comidas (x día)	-3, 3-4, 5-7, +7
*Uso de crema dental con flúor (x día)	2, 1, no
*Flúor gel - barniz / 3 meses - 6 meses	Gel , barniz, no
* Secreción salivar (espejo se adhiere a la boca)	Sí, No
*Autocuidado / No. veces cepillado por día	Sí, No
*Motivo última consulta	Regular, Urgencia
*Ortopedia	Sí, No
*Erupción primer molar	Sí, No
*Malposiciones dentales	Sí, No

8. ICDAS

	55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 25 24 23 22 21 71 72 73 74 75															
Dte / Sup	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Oclusal																
Mesial																
Distal																
Vestibular																
Palatino																
Dte / Sup	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Oclusal																
Mesial																
Distal																
Vestibular																
Palatino																

Criterios ICDAS	Cod.
Sano	0
Opacidad blanca superficie seca café confinada	1W 1B
Opacidad blanca superficie húmeda café (B) extendida	2W 2B
Microcavidad	3
Sombra subyacente	4
Cavidad detectable	5
Cavidad extensa	6

9. Comportamiento

Categoría	Observación
Definitivamente negativo	
Moderadamente negativo	
Moderadamente positivo	
Definitivamente positivo	

10. Diagnostico oral

Patología	Si	No	Observaciones
Dientes presentes libres de caries dental cavitacional, inicial y/o detenida			
Caries de infancia temprana			
Caries dental cavitacional			
Caries dental no cavitacional			
Caries dental inicial			
Caries detenida			
Presencia de abscesos y/o fistulas			
Dolor dental			
Alteraciones orofaciales			
Cronología y secuencia de erupción dental			
Hábitos			
Secuelas causadas por hábitos			
Maloclusiones dentales			
Apiñamiento			

Requiere visitas al Odontólogo Pediatra con el fin de recibir:

*Ortopedia_____.

*Tratamiento odontológico operatorio_____.

*Tratamiento odontológico preventivo (Aplicación de flúor tópico, instrucción en higiene dental y controles de higiene - crecimiento orofacial y de erupción dental)_____.

*Reevaluaciones de seguimiento cada_____meses.



Gracias por tu colaboración

8.3 CENTRO DE REHABILITACION MYA PARA NIÑOS CON RETARDO MENTAL LEVE Y MODERADO"

Nombre _____ Cuidadora (Nivel) _____

No.	Pregunta	Si	NO
1	Le gusto la capacitación		
2	La capacitación fue desarrollada de manera clara		
3	Entendieron la capacitación		
4	Las personas que dictaron la capacitación manejaban con facilidad los temas		
5	Las personas que dictaban la capacitación utilizaban términos adecuados para explicar.		
6	Los materiales didácticos y físicos ayudaron a entender los temas		
7	El orden de los temas fueron manejados adecuadamente		
8	Las evaluaciones de la capacitación coincidían con lo explicado en cada tema		
9	Personas que dictaban la capacitación fueron capaces de resolver preguntas		
10	Le gustaría tener una segunda capacitación de los temas tratados o de otros		

9. PROCEDIMIENTO

FASE I

- Solicitud de aceptación a la fundación.
- Reunión representante fundación-asesora científica e investigadoras.
- Recolección de datos.

FASE 2

- Elaboración del consentimiento informado.
- Calibración de instrumento de recolección de datos. Calibración en dos fases:
 - a. Con dientes clasificados aplicando diagnostico ICDAS
 - b. En pacientes en cavidad oral.
- Prueba Piloto de encuestas.

FASE 3

- Diligenciamiento de consentimientos informados e instrumentos.
- Encuesta a cuidadoras/tutoras
- Diseño y elaboración del programa.
- Prueba piloto e implementación del programa.
- Encuesta a cuidadoras/tutoras

- valoración clínica a pacientes teniendo en cuenta normas de bioseguridad

tales como:

- a. Guantes
- b. Tapabocas
- c. Espejos desechables
- d. Gorro
- e. Visor
- f. Bata antifluidos
- g. Gafas de paciente

Sobre guantes

- Análisis final

10. RESULTADOS

Se evaluaron 13 cuidadoras en relación al conocimiento de la higiene oral, quienes respondieron un test, antes y después de la capacitación. En la Figura 1, se observa el conocimiento antes de la capacitación en 4 cuidadoras y después de 9 de ellas. Fueron satisfactorias las respuestas sobre prevención y riesgo de caries. De las 22 preguntas realizadas el 65.4% fueron correctas de un total de posibles respuestas (N=286:100%). Del total de cuidadoras el porcentaje de respuestas correctas vario entre 54.3% y 77.3%.

Figura 1. Test inicial de conocimiento sobre higiene oral

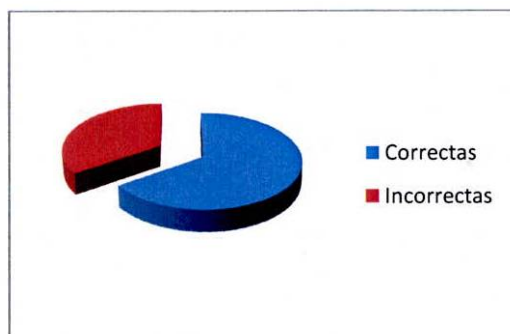
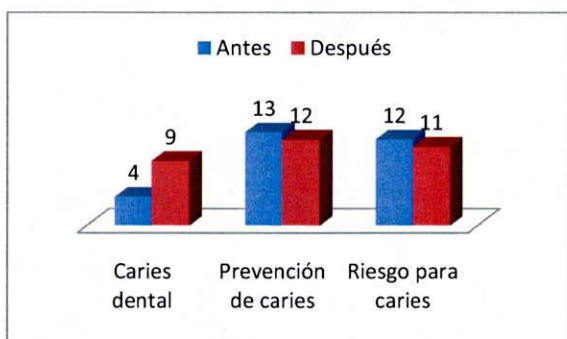


Figura 2 Distribución porcentual de evaluación del conocimiento antes y después de la capacitación de higiene oral.



En relación al conocimiento adquirido antes de la capacitación en la variable caries dental 4 de las 13 cuidadoras conocían el concepto y después de la capacitación aumento a 9 de 12 cuidadoras, el numero de respuesta correctas.

En la pregunta prevención de caries todos repondieron correctamente antes y despues de la capacitacion.

En los riesgos para caries todos menos 1 respondieron correctamente antes y despues de la capacitación.

Figura 3 Distribución porcentual de evaluación de la capacitación en salud oral



En la Figura 3, se muestra la evaluación que realizaron las cuidadoras después de la capacitación, en donde el 100% de ellas respondieron satisfactoriamente en relación a solución de preguntas, coherencia en las evaluaciones, orden en los temas, personal, desarrollo, satisfacción y en menos porcentaje próxima capacitación 91.7%, conocimiento sobre lesión de caries 83.3%, ayuda de material didáctico 75.0%, terminología adecuada 75.0%.

DIAGNOSTICO DE LOS PACIENTES

Se evaluaron pacientes con promedio de edad de 18 ± 5 años (Rango 8-29 años), 63.3% mujeres y 36.7% hombres el nivel de retardo fue de leve a moderado en el 53.3% y leve 46.9%. El 71.4% de los pacientes estaban entre 5 y 9 grado de escolaridad y el resto asistían a talleres o trabajaban.

En relación a los hábitos de higiene oral todos usan crema dental y enjuague 3 veces por semana (100%) y ninguno usa seda dental.

Examen clínico en relación al índice gingival la mediana fue 0 en el 81.6% y el índice de placa de 2 en el 46.9%. El promedio de porcentaje de cálculos supragingivales fue de 3 y de subgingivales estuvieron presentes en el 14.3%.

La periodontitis estuvo presente en el 14.3% y la gingivitis en el 85.3%.

El 100% de los pacientes consumen bebidas y comidas 3 veces por día, usan crema dental con flúor 2 veces al día, no usan fluorización.

Todos los pacientes tenían adecuada secreción salivar, no tienen un auto cuidado además tienen consulta odontológica regular, adicionalmente todos tenían erupción del primer molar, mal posiciones dentales. El 63.3% tenían caries dental cavitacional.

No presentaron abscesos ni fistulas. El 10.2% al momento del examen presentaba dolor dental.

Las mal oclusiones dentales estuvieron presentes en el 65.3% y apiñamiento el 38.3%.

11. CONCLUSIÓN

Siendo las cuidadoras un personal a cargo de pacientes con limitaciones motoras, deben tener conocimientos estables sobre salud oral. Se evidencio una reducción de conocimientos sobre la caries dental y así mismo sobre factores de riesgo de la misma lo cual afecta el manejo de medidas preventivas y de promoción para modificar la frecuencia y severidad de esta patología.

Realizar un seguimiento de la adopción por parte de las cuidadoras de las medidas preventivas y estrategias didácticas de higiene oral, específicamente DEDO

En este estudio se profundizo en temas de salud oral, técnicas de higiene oral y nutrición las cuales se verían mejor aplicadas si hubiera una mayor intensidad de trabajo de cuidador a paciente ya que actividades repetitivas se manifiestan positivamente en el estado bucodental del paciente.

13. REFERENCIAS

1. Ley 715 de 2002, Ley 361 de 1997, Ley 368 de 1997, Artículo 47, 48, y 49 de la Constitución Política de Colombia, Resolución 14861 de 1985, Plan Nacional de atención a las personas con discapacidad, 1999- 2002.
2. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2004
3. Asociación dental americana, consejos de higiene oral para personas con necesidades especiales, 2005.
4. Axelsson P. Needs-related plaque control measures based on risk prediction; in Lang NP, Attström R, Löe H (eds): Proceedings of the European Workshop on Mechanical Plaque Control. Berlin, Quintessenz Verlag, 1998, pp 190-247.
5. Bratthall D, Hänsel Petersson G, Stjernswärd JR. Cariogram. Internet Version see: <http://www.db.od.mah.se/car/cariogram/cariograminfo.html>. 2004
6. Castañeda N y Rodríguez A, Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral, 2001, v.38 No3.
7. Ismael Clark, Mascaro, Diagnostico de salud bucal en niños con retardo mental ligero, 2005; 9 (4).
8. Company M, Silla A, estudio de la eficacia de dos tratamientos antiplaca y antigingivitis en un grupo de pacientes discapacitados psíquicos, 2002, v7 N° 2
9. Dávila M; Gil M; Daza D; Bullones X; Ugel E. Caries dental en personas con retraso mental y síndrome de down. Rev. Salud pública vol.8 no.3 Bogotá Dec. 2006

10. Dávila, María E, Gil, Maritza, Salud oral de las personas con retardo mental en cuatro municipios del estado lara 2003, 2005, V. 43 N° 3.
11. Dobles A.L, Salazar X, Aguilar A, Arroyo H, Camacho M.L, Colombari L, Gonzáles N, Moreira N, Solano A.Y, Varela A, Vargas J, Encefalopatía congénita y retardo mental, 2007
12. Ekstrand KR, Rickets DNJ, Kidd EAM. Occlusal Caries: Pathology, Diagnosis and Logical Management. Dent Update 2001; 28:380-7.
13. Ellwood R, Fejerskov O. Clinical use of fluoride; in Fejerskov O & Kidd E (eds): Dental Caries: The Disease and its Clinical Management. Copenhagen, Blackwell Munksgaard, 2003, pp 189-222.
14. Escobar Restrepo J., Eslava Vanegas G., Descripción y análisis de las condiciones de higiene oral y gingival en jóvenes de 7 a 17 años con síndrome de down y retardo mental moderado institucionalizados, 1996
15. Fejerskov O, Thylstrup A. Pathology of dental caries; in Thylstrup A, Fejerskov O (eds): Textbook of cariology, Copenhagen, Munksgaard, 1986, pp 204-234.
16. Fejerskov O. Concepts of dental caries and their consequences for understanding the disease. Community Dent Oral Epidemiol 1997; 25: 5-12.
17. Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: Consequences for oral health care. Caries Res 2004; 38:182-191.
18. Figueiredo M; Kalil S; Mota L; Cardoso C; Zambrano O. Barniz de fluoruro y clorhexidina en el control de la caries dental: presentación de un protocolo. Ciencia Odontológica vol.4. no.2 Maracaibo Dec. 2007

19. Finlay C, Impacto de un programa de comunicación en salud bucal para niños, 2007; 11(4).
20. García A, Terapia Ocupacional Y Discapacidad Intelectual, 2002
21. Hernandez G, Bonilla A, Torres M, Guías de Manejo en Estomatología Pediátrica
22. International Caries Detection and Assessment System Workshop, Baltimore 12-14th March 2005. Sponsored by the NIDCR, the ADA, and the IADR.
23. J. Artigas – Pallarés; 2006, American associations on mental retardation: definition, classification, and systems of supports. 9ed, Washington dc, AARM, 1992.
24. Koch G, Arneberg P, Thylstrup A. Oral hygiene and dental caries; in Thylstrup A, Fejerskov O (eds): Textbook of Clinical Cariology, end 2. Copenhagen, Munksgaard, 1994, pp 219-230.
25. Manau C, Zabalegui I, Noguerol B, Llodra J.C, Rebelo H, Echevarria J.J, Martinez P, Sanz M, control de placa e higiene bucodental, RCOE v9 N° 2, Madrid Mar-Abr. 2004.
26. Marco Legal de la Discapacidad (Recopilación Efectuada por la Vicepresidencia de la República)
27. Marinho VCC, Higgins JPT, Sheiham A, Logan S. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents (Cochrane Review); in The Cochrane Library: Oxford Update Software, Oxford 2003, Issue 1.
28. Ministerio de Salud - República de Colombia, Centro Nacional de Consultoría – CNC. Estudio Nacional de Salud Bucal. En: Ministerio de Salud - República de

Colombia, Centro Nacional de Consultoría – CNC: III Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB III; Tomo VII. Bogotá: Lito Servicios ALER; 1999.

29. Moncunill I.A, Hilar E, Calamari S.E, Molina G, Cornejo L.S, Estrategia mediadora para promoción de salud bucal en niños y adolescentes con síndrome de Down, 2 v24, 2007
30. Morillo M; González Y, Plan motivacional para la formación del hábito de higiene bucal en los pacientes que asisten a la clínica integral del adulto del área de odontología de la Universidad Nacional experimental Rómulo Gallegos. Acta odontol. Benes v.46 n.1 Caracas mar. 2008
31. Navarrete A, Burgos A, programa de higiene bucal y su impacto en flora bacteriana, Rev. Chil. Pediatría. V.79 N° 3 Santiago Junio, 2008.
32. Navas R, Mogollón J, participación de los padres en el cuidado de la salud bucal de los niños y adolescentes con Síndrome de Down, OD v.4 N°2 Dic., 2007.
33. Pérez Álvarez L. Manejo del retardo mental en la atención primaria, 2004
34. Pirela M; Salazar C; Manzano M. Patología bucal prevalente en niños excepcionales. Acta odontol. Venezv.37 n.3 caracas dic. 1999
35. Quintero M; Salazar C; Padrón M; Salazar J. Actitud del odontólogo hacia los niños y adolescentes discapacitados. Acta odontol. Venez v. 43 n.3 caracas 2005
36. Revista cubana de medicina general integral. Ciudad de la Habana Cuba. Proyecto para elevar el estado de salud bucal y correcta higiene bucal en los adolescentes de San Antonio de los Baños. Diciembre de 1994.

37. Reyes González, Ayala Pérez Yolanda, Programa de salud buco dental para niños con retraso mental aplicado en un área de la salud, 2008; 12 (2).
38. Ríos Y, Silot E, Paciente Discapacitado. Normas para su Atención en Odontología, 2006.
39. Rodríguez Calzadilla A, Delgado Méndez L, Salud pública: programa nacional de atención estomatológica integral a la población (cuba).
40. Salud bucal para niños con discapacitados y necesidades especiales.
41. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (SIGN). Preventing Dental caries in children at high caries risk. Targeted prevention of dental caries in the permanent teeth of 6-16 year olds presenting for dental care. A national clinical guideline. December 2000. Www. SIGN.AC.UK.
42. Scottish Intercollegiate Guidelines Network Guideline: Prevention and management of dental decay in the pre-school child. A National Clinical Guideline. Edinburgh, Scottish Intercollegiate Guideline Network, 2005
43. Thylstrup A, Qvist V. Principal enamel and dentine reactions during caries progression; in Thylstrup A, Leach SA, Qvist V (eds): Dentine and Dentine Reactions in the Oral Cavity. Oxford, IRL Press, 1987, pp 3-16.
44. Thylstrup a, Bruun C. The use of dentifrices in the treatment of dental caries; in Embery G, Rølla G (Eds): Clinical and Biological Aspects of Dentifrices. Oxford, Oxford University Press, 1992, pp 131-143.
45. Thylstrup A, Fejerskov O. Clinical and pathological features of dental caries; in Thylstrup A, Fejerskov O (eds): Textbook of clinical cariology, ed 2. Copenhagen, Munksgaard, 1994, pp 111-158.

46. Thylstrup A. When is caries caries, and what should we do about it? Quintessence Int 1998; 29(9): 594-598.
47. Tinannof N, Kanellis MJ, Vargas CM. Current understanding of the epidemiology, mechanisms, and prevention of dental caries in preschool children. Paediatric Dentistry 2002; 26(6):543-551. Weinstein P. Public Health Issues in Early Childhood Caries.
48. Villegas Ángel L, Rodríguez Aristizabal D. Enseñanza personalizada de higiene oral en niños con retardo mental leve y moderado. 1995, VOL. 8 N° 2.
49. Yankilevich E; Battellino L. Prevalencia de la caries dental en escolares de nivel primario de una región metropolitana de la provincia de Córdoba, Argentina. Rev. Saúde Pública vol.26 no.6 Sao Paulo dec. 1992
50. Organización Mundial de la Salud, 1980

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Asesor Metodológico:

Dra. Claudia Alcázar

Asesor Científico:

Dra. Yanette López

INVESTIGADORES:

Leidy Vanesa Botia Ruda

Ingrid Janneth Quiñones Lemos

Tulia Inés Forero Álvarez

Lady Catherine Sánchez Garzón

REPRESENTANTE COMITÉ DE ETICA UNICOC:

Dra. Martha Caycedo

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN

"Capacitación de Higiene Oral para cuidadoras de niños con retardo mental de leve a moderado del Centro de Rehabilitación MYA"

INVITACIÓN A PARTICIPAR: Su hijo/a o menor a cargo, puede ser parte de un proyecto para desarrollar una capacitación de higiene oral en niños del centro de rehabilitación MYA-

Propósito: El objetivo del proyecto es Diseñar una capacitación de higiene oral dirigido a las cuidadoras para los niños con retardo mental de la fundación Centro de Rehabilitación MYA.

Procedimientos: Para que su hijo/a o menor a cargo pueda participar en este estudio debe ser integrante del Centro de Rehabilitación MYA. Se le realizara un examen clínico, donde se evaluara el nivel de caries y placa presente en cada uno, por medio de un líquido revelador, el cual se removerá por medio del cepillado dental.

Beneficios: El beneficio que usted obtiene, es el examen para identificar si su hijo/a o menor a cargo tiene caries dental, enfermedad en las encías y control de la placa

bacteriana. Tenga en cuenta que si hijo/a o menor a cargo requieren de tratamiento dental en más de una lesión de caries, Usted correrá por sus gastos.

Compensación: Usted no recibirá dinero por participar en el estudio. Los costos del examen odontológico, los procedimientos y los exámenes de evaluación serán cubiertos por los investigadores.

Confidencialidad: Usted debe entender que toda la información obtenida en este estudio se mantendrá estrictamente confidencial, con la excepción de que la ley requiera la información. Si existe alguna publicación como resultado de este estudio, usted no será identificado por su nombre.

Complicaciones: La posibilidad de complicaciones en este estudio es muy baja, pero si durante el tiempo que el menor participe, surgiera una complicación relacionada con el estudio, la Institución Universitaria Colegios de Colombia, le proporcionará el servicio de emergencia o puede llamar a los números de teléfono de los investigadores o podrá comunicarse con el representante del Comité de Ética Institucional.

Retiro del estudio: Usted está de acuerdo en que su participación en este estudio es voluntaria y que puede retirarse en cualquier momento avisando con tiempo a los investigadores.

Derechos de la persona: Se le ha dado la oportunidad de preguntar acerca de este estudio y de su participación en él. Tiene derecho a que sus preguntas se respondan a su completa satisfacción.

Acuerdo: Yo he leído y entendido este informe de consentimiento. Estoy de acuerdo en que autorizo al menor a mi cargo para participar en este estudio. Cuando firme este documento recibiré una copia.

_____	_____	____/____/____
Nombre del Participante	Firma	Fecha

_____ ____/____/____	_____	_____
Nombre del Testigo	Firma	Fecha

_____	_____	____/____/____
Nombre del clínico	Firma	Fecha

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA

ESTRATEGIA DIDÁCTICA EN EDUCACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL DIRIGIDA A CUIDADORAS DE PACIENTES CON RETARDO MENTAL DE LEVE A MODERADO DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN MYA

Mediante la presente comunicación de constancia de haber comprendido que el objetivo de este estudio es Diseñar un a Capacitación de Higiene Oral dirigido a las cuidadoras para los niños con retardo mental de leve a moderado Centro de Rehabilitación MYA.

Los resultados de este estudio se usaran para establecer un programa de promoción y prevención que ayuden a la comunidad a mejorar su salud oral con técnicas apropiadas.

Para la toma de los datos necesarios en esta investigación, se le pedirá al Centro de Rehabilitación y a los cuidadores que diligencien un cuestionario que contiene preguntas relacionadas con los condiciones de salud oral y conocimientos sobre acciones de promoción y prevención en salud oral. Responder el cuestionario les tomará cerca de 5 minutos. Las respuestas son confidenciales y solo serán conocidas por los investigadores.

La participación es voluntaria, la no participación no traerá ninguna consecuencia para usted. Puede negarse a firmar este consentimiento sin que eso tenga ninguna consecuencia. No se ofrece ninguna compensación por participar en el estudio.

He comprendido que participar en esta investigación no representa ningún riesgo o peligro para mí, ni para ninguna otra persona. Entiendo que toda la información es estrictamente CONFIDENCIAL y será utilizada para cumplir objetivos académicos y que aunque puede no generar de manera inmediata un beneficio para mí, puede beneficiar a la población general de pacientes odontológicos.

Para cualquier información adicional acerca de los derechos de los participantes puede contactarse con Lady Sánchez/Leidy Botia/Tulia Forero/Ingrid Quiñones al teléfono 3115291776/3112296098/3125836427/3118145746 o al e-mail chikisanchez11@yahoo.com/leidybotia5@hotmail.com/manuelatm11@hotmail.com/chinnitta18@hotmail.com.

Yo _____ leí los objetivos y el procedimientos descritos anteriormente y voluntariamente doy el consentimiento para participar en este estudio y para que mi apoderado _____ participe en el estudio, conociendo que solo será observado en sus condiciones de salud oral en la sede Norte del centro de Rehabilitación MYA al que asiste regularmente.

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

CEDULA DE CIUDADANIA: _____

FECHA: _____