

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



**“CONDICIÓN DE SALUD ORAL EN NIÑOS CON RETARDO MENTAL
DE 3 A 6 AÑOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
TEMPRANA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO,
2008”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE:
BACHILLER EN ESTOMATOLOGÍA**

**AUTORA:
CYNTHIA K. VELASQUEZ VENEROS**

**ASESORA:
DRA. TERESA E. RÍOS CARO**

**CO – ASESORA:
DRA. FELICITAS A. TIRADO CHAVARRIA**

**TRUJILLO – PERÚ
2008**

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	01
II. MATERIALES Y MÉTODOS	12
III. RESULTADOS	26
IV. DISCUSIÓN	34
V. CONCLUSIONES	39
VI. RECOMENDACIONES	39
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	

*A **DIOS**, porque es la fortaleza de mi vida,
por iluminar mi camino y por haber
permitido escalar un peldaño más en este
largo caminar.*

*A mi madre **BILMIA**, por su amor y
apoyo incondicional, por ser
mi ejemplo y guía, por enseñarme
lo importante de la vida, por todo el
sacrificio que ha realizado
por hacer que alcancemos nuestra
profesión, gracias mama.*

*A mi padre **CARLOS**, quien me ha
ayudado a recorrer este camino
brindándome su amor y apoyo sincero cada
día de mi vida y por haberme
dado todo cuanto me dio.*

*A mis hermanas **JESSICA** y **TANIA**,
por su cariño, por ser mis amigas
incondicionales y porque siempre fueron y
serán mi ejemplo a seguir, las quiero
mucho.*

*A mis sobrinos **ALESSANDRA** y
SEBASTIAN, quienes con una sonrisa llenan de
alegría mi vida ayudando a olvidar los momentos
difíciles de la vida, los quiero mucho y siempre
podrán contar conmigo.*

AGRADECIMIENTOS

- A la Dra. Teresa Ríos Caro, por su asesoramiento y valiosa orientación que contribuyó a la realización del presente trabajo.
- A la Dra. Alicia Tirado Chavarría, por su apoyo y guía que llevo al buen desarrollo del presente estudio.
- A todos mis docentes de la Escuela de Estomatología, por sus enseñanzas y orientaciones contribuyeron a mi formación profesional.
- A las profesoras del Programa de Intervención Temprana del Hospital Regional Docente de Trujillo, por su gran colaboración y darme las facilidades para la realización del presente estudio.
- A todos los niños y padres incluidos en el estudio, quienes me brindaron parte de su tiempo; sin vuestra colaboración no hubiera sido posible a realización del presente trabajo de investigación.
- A todos mis amigos, por el cariño y apoyo brindado, por los sabios consejos y por alentarme a seguir adelante hasta alcanzar mis metas.
- A la Universidad Nacional de Trujillo y en especial a la Escuela de Estomatología que me dieron la oportunidad de formar parte de ellas.

RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo prospectivo y de corte transversal tuvo como propósito determinar la condición de salud oral en niños con retardo mental de 3 a 6 años de edad que asisten al Programa de Intervención Temprana del Hospital Regional Docente de Trujillo. 2008.

La muestra estuvo conformada por un total de 50 niños de ambos sexos.

Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten concluir que la condición de salud oral fue de regular en 88% y malo en un 12%, la prevalencia de caries fue de un 78%, la prevalencia de gingivitis fue del 100%, la prevalencia de maloclusión fue de un 34% y que el nivel de conocimiento de los padres fue de bueno 22%, regular 42% y malo 36%.

Palabras clave: Caries dental, Gingivitis, Maloclusion, Nivel de conocimiento, Retardo mental.

ABSTRACT

The present study of prospective - descriptive type and of cross section had as intention to determine the condition of oral health in children with mental retardation of 3 to 6 years of age that attend the Program of Early Intervention of the Hospital Regional Docente de Trujillo, 2008.

The sample was conformed by a total of 50 children of both sexes.

The results obtained in the present study allow to conclude that the condition of oral health was to regular in 88% and bad in a 12%, the decay prevalence was of a 78%, the gingivitis prevalence was of the 100%, the malocclusion prevalence was of a 34% and the level of knowledge of the parents was of good 22%, regular 42% and bad 36%.

Key words: Dental decay, Gingivitis, Malocclusion, Level of knowledge, Mental Retardation.

I. INTRODUCCIÓN

En nuestro medio no contamos con estudios relacionados con la condición de salud oral en niños con retardo mental; y considerando, según el censo de 1993 en el Perú, que el 1.3% de la población es minusválida y de ellos el 12.4% padece de Retardo mental¹, es que se plantea la siguiente investigación con el propósito de determinar la condición de salud oral en este tipo de población.

El retardo mental es una alteración que se presenta con cierta frecuencia en la población infantil. Estos niños presentan características específicas que influyen en sus problemas de salud bucal y en su tratamiento. Las afecciones bucales en ellos son las mismas que afectan al resto de la población, pero generalmente tienen mayor prevalencia y severidad.¹⁻³

En este grupo se incluyen aquellos que presentan una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio, con afección del sistema nervioso central y origen multicausal, lo que se denomina como retardo mental.^{4,5}

Se define al retardo mental como una función intelectual general muy por debajo del promedio, y que existe de manera simultánea con déficit de la conducta adaptativa y se manifiesta durante el periodo del desarrollo.⁶ Si se define a la "función muy por debajo del promedio" como un rendimiento

de dos desviaciones estándar por debajo de la media en las pruebas de inteligencia, este nivel de rendimiento debe corresponder a una puntuación menor de 68 en la prueba de Stanford-Binet o inferior a 70 en la prueba de Wechsler.⁷

Se acepta en general que ocurre retardo mental en 2 a 3% de la población general. Se estima que ocurre retardo mental leve (coeficiente intelectual de 50 a 70) con una incidencia de 20 a 30 por 1000, y que es siete a 10 veces más frecuente que el retardo mental grave (coeficiente intelectual menor de 50), que se estima ocurre en una proporción de 3 a 4 por 1000.⁷

Los datos epidemiológicos sugieren un aumento de la incidencia de retardo mental leve en los grupos socioeconómicos más bajos en comparación con el retardo mental grave, que parece no tener predilección socioeconómica, racial o geográfica.⁷

La causa (etiología) del retardo mental grave se puede identificar en 60 a 70% de los casos.⁸ Sin embargo; debe señalarse que en este contexto el término etiología tiene una interpretación amplia.⁹

Las estimaciones varían en gran medida, pero, en general, sugieren que las causas identificables principales del retardo mental grave son las que siguen: Anomalías cromosómicas (30%), de las cuales la más frecuente

es el síndrome de Down, que constituye cerca de 20% de todos los pacientes con retardo mental, el síndrome de X frágil se produce en 1 a 6%, y todas las otras anomalías cromosómicas identificables representan de manera global 4 a 5% de los casos; causas endocrinas y metabólicas (3 a 5%); Síndrome de anomalías congénitas múltiples identificables (4 a 5%); lesiones de diversas clases, entre ellas por agentes teratógenos y lesiones prenatales, perinatales y posnatales (15 a 29%) tales como parálisis cerebral infantil; y malformaciones del sistema nervioso central, como defectos del tubo neural, hidranencefalia, microencefalia e hidrocefalia (10 a 15%).⁹

Es menos frecuente poder identificar las causas del retardo mental leve. Hasta la fecha, se han efectuado tres estudios relativamente grandes en los que se han intentado delinear las causas de retardo mental leve en cerca de 600 pacientes investigados. ⁹ Estos estudios ponen de manifiesto que las anomalías cromosómicas constituyen 4 a 8% de los casos, y que ningún otro grupo diagnóstico representa una causa única importante. El retardo mental idiopático en caso de retardo mental leve constituye 45 a 65% del total de casos. Antes se pensaba, en general, que la mayoría de los casos de retardo mental leve eran culturales o familiares, más que patológicos. Sin embargo, hay pruebas recientes que sugieren que una proporción importante del retardo mental leve tiene también una base patológica.¹⁰⁻¹¹

En los niños con retardo mental se presentan numerosos problemas de salud bucal debido a la mala higiene bucal, la dieta blanda y las dificultades para el tratamiento. La proporción de caries dental y enfermedad periodontal en estos niños aumenta, y los problemas bucales en ellos son más severos por las anomalías dentales que presentan.¹²⁻¹⁵

La caries dental es una enfermedad infecto contagiosa de origen microbiano¹⁶ no específico de carácter multifactorial que causa la disolución mineral de los tejidos duros del diente por los productos finales del metabolismo ácido de las bacterias. La caries dental puede afectar el esmalte, la dentina y el cemento.¹⁷

Para que una lesión cariosa se presente en el esmalte, tres factores deben interactuar simultáneamente una superficie dentaria susceptible (huésped), una concentración suficiente de microorganismos cariogénicos en la superficie dental (microflora) y nutrientes (substrato) en la cavidad oral para sustentar el metabolismo de una microflora cariogénica. Estos tres factores deben actuar simultáneamente por un tiempo suficiente para que la interacción pueda causar una destrucción substancial de la estructura dental.¹⁸⁻²¹

La caries se desarrolla de manera distinta dependiendo de la ubicación en la pieza dental. Esta patología existe en todo el mundo, pero su prevalencia y gravedad varía en diferentes poblaciones y fluctúa con el

tiempo. En algunas personas, es posible que solo pocos dientes muestren signos de caries dental, mientras en otras la mayoría de la dentición puede estar destruida en una época temprana de la vida.²²

Personas de todas las edades pueden padecer caries, más aún los pacientes con retardo mental; la cual es irreversible y la única forma de tratarla es eliminando todo el tejido careado.²³

Las enfermedades periodontales de tipo inflamatorio (gingivitis y periodontitis) son las que se presentan con mayor frecuencia.²⁴ La gingivitis es una inflamación de la encía, progresiva y reversible, que puede ser considerada como el suceso inicial en la enfermedad periodontal, ésta patología al menos que reciba tratamiento puede llevar a una periodontitis, forma más seria y destructiva de enfermedad periodontal²⁵⁻²⁷.

Para evaluar las características clínicas de la gingivitis es necesario ser sistemático. Se debe prestar una atención especial a las alteraciones tisulares sutiles, desde lo normal hasta lo que puede ser de importancia diagnóstica. Un enfoque sistemático requiere un examen ordenado de la encía en las siguientes características: Cambios en el color, de rosa coral a rojo y a rojo azulado; cambios en la forma, que en condiciones normales es delgada y con un borde afilado, a edematosa, en ocasiones con papilas interdentes abultadas; cambios en la posición gingival, con el margen gingival abultado cerca o en la protuberancia de la corona;

cambios en la textura superficial en ocasiones presenta una superficie satinada y la pérdida o reducción del puntilleo gingival y pérdida de las hendiduras interdetales y marginales libres; hemorragia espontánea, o bajo una leve presión, o bien, existencia de exudado purulento proveniente del surco gingival. ²⁸⁻³⁰

La causa principal de la enfermedad periodontal y en sí de la gingivitis es la placa bacteriana. ^{25-27,31} Sin embargo, los factores que aumentan el riesgo de desarrollar dicha enfermedad en niños con retardo mental son: enfermedades sistémicas, algunas clases de medicamentos, dientes torcidos, obturaciones defectuosas, nutrición pobre, genética, cepillado dental inadecuados, y rechinar o chocar los dientes. ^{25-27,31,32}

El tratamiento de la enfermedad gingival se compone en su mayor parte de procedimientos locales^{5,16}. Existen casos donde se requiere de un tratamiento sistémico. En casos de la presencia de irritantes locales se procede a la eliminación y control de placa bacteriana y los respectivos componentes de la educación y prevención de la enfermedad ³³.

Desde edades muy tempranas, las alteraciones gingivales son más frecuentes, extensas y se desarrollan más rápido que en niños normales. La severidad aumenta con la edad y el grado de retardo mental. ³⁴⁻³⁶

Los procedimientos habituales de higiene bucal no logran el propósito de controlar la placa dental, de prevenir la caries dental y la enfermedad periodontal, dado el papel determinante que tiene la misma en la causa de ambas afecciones, las que a su vez pueden causar la pérdida dental prematura, uno de los factores de riesgo en las maloclusiones, en las que también juegan un papel fundamental los hábitos deformantes.³⁷⁻³⁹

En cuanto a las maloclusiones, la prevalencia de la clase uno es menor, mientras que la clase dos y tres es mayor en relación con los niños normales. Es más frecuente la mordida abierta anterior seguida del apiñamiento inferior.⁴⁰⁻⁴²

Los padres de familia son los responsables de la educación para la salud bucal en los hogares, pero no todos están preparados para poder realizarla correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para el niño.³⁷

Se sabe que los niños con retardo mental requieren de una atención individualizada y tienen necesidades terapéuticas acumuladas no satisfechas por múltiples motivos como por ejemplo el desconocimiento de los padres o apoderados respecto de las atenciones especiales que se les debe brindar en cuanto su salud oral ².

El problema de salud bucal es uno de los más importantes en estos pacientes y se destaca el valor del diagnóstico y tratamiento precoz de las mismas con vistas a lograr un mejor estado facial y bucal así como una aceptación social más favorable para ellos. ^{35,40,41}

La mayoría de los autores plantean que la prevalencia y la severidad de las afecciones bucales son mayores que en niños normales. ^{13,42,43}. Sin embargo estudios realizados en Cuba, Japón y Norte América, señalan que la prevalencia de caries es casi la misma que en niños sin impedimentos pero el número de dientes tratados es menor y aunque el estado periodontal es grave no reportan enfermedades periodontales serias. Indican, igualmente, estos estudios que es poco frecuente la atención odontológica de esta población y cuando se realiza, la mayoría acepta el cuidado odontológico de rutina. ⁴⁴⁻⁴⁶.

WHYMAN (1995) Evaluó la salud bucal de 207 discapacitados mentales en un hospital de Nueva Zelanda obteniendo altos índices de placa bacteriana y cálculo dental, y enfermedad periodontal en un 83,5% de los pacientes, la aplicación de agentes químicos y de implementos fluorados fue de baja eficacia ya que la principal causa para esos altos índices de placa bacteriana fue dado por la falta de orientación sobre higiene bucal en los padres y en los niños y también se dio por la falta de programas de entrenamiento tanto para educadores como para padres . ⁴⁷

THORNTON (1989) Realizaron un estudio piloto en Norteamérica en una institución para pacientes con retardo mental, compararon los niveles de higiene oral con la prevalencia de enfermedad periodontal. El resultado estadísticamente significativo fue un elevado nivel de placa bacteriana y enfermedad periodontal.⁴⁸

GONZÁLES LOBATÓN (1998) En su investigación que consistió en aplicar técnicas de cepillado dental en pacientes con Retardo mental leve y moderado, en un centro de rehabilitación para discapacitados en Lima, concluyó que el Índice de Higiene Oral (IHO) evoluciona mejor en relación a la técnica de cepillado de Bass y que los pacientes con Retardo mental leve presentan una evolución favorable ante cualquier técnica de cepillado, en comparación con los que presentan Retardo moderado, también recomienda que en los programas de salud bucal a niños con Retardo mental deben estar comprendidos tanto profesores como padres de familia.⁴⁹

Estudios realizados en Venezuela reportan mayor frecuencia de caries en estos niños, producto de una dieta blanda y deficiencias en la información para la prevención y curación de ésta enfermedad.⁵⁰

Algunos estudios nacionales sobre el estado bucal en niños con discapacidad mental, establecen una alta prevalencia de caries dental⁵¹, y malposición dentaria⁵². Otros autores, también han observado que el

estado de caries dental, higiene bucal y enfermedad periodontal son similares a otras poblaciones ^{53,54}.

El tratamiento odontológico para una persona retrasada mental requiere ajustarse a la inmadurez social, intelectual y emocional. Los niños con retardo mental en el tratamiento odontológico se caracterizan por su reducido tiempo de atención, inquietud, hiperactividad y conducta emocional errática, el odontólogo debe evaluar el grado de retraso mental. Estos niños pueden ser manejados por el odontólogo si le dedica tiempo y un poco de esfuerzo. ⁵⁵⁻⁵⁷

El odontólogo raramente tiene entrenamiento para tratar pacientes con problemas especiales. ^{58,59} El tratamiento de las lesiones bucodentales en los niños con estas características resulta difícil de realizar, y a veces es rechazado por los estomatólogos debido a los trastornos conductuales de estos pacientes. El profesional de la salud debe mostrarles un genuino interés ya que con paciencia, comprensión y un alto sentido humano es posible el control de muchos de estos niños. ^{60,61}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que dos tercios de estos pacientes no reciben atención bucodental, otros únicamente reciben tratamientos curativos o mutilantes, y unos pocos se ven beneficiados con la prevención. ^{58,59}

Es importante que el estomatólogo sea capaz de ampliar sus conocimientos acerca de los principales problemas de salud bucal, así como de algunos aspectos a tener en cuenta para brindar una atención estomatológica integral.^{62,63}

Por lo antes expuesto esta investigación esta orientada a determinar aspectos importantes relacionados con los problemas de salud bucal de los niños con retardo mental en el Programa de Intervención Temprana (PRITE) del Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT), a partir de la cual se podrá contar con una base de datos y estudios sobre este problema de salud a nivel local y/o regional; y se pueda promover un programa de atención oral específico para este grupo poblacional.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la Condición de Salud oral en niños con retardo mental de 3 a 6 años que asisten al Programa de Intervención Temprana del Hospital Regional Docente de Trujillo. 2008?

1.2. HIPÓTESIS:

Implícita.

1.3. OBJETIVOS:

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la condición de salud oral en niños con retardo mental de 3 a 6 años de edad que asisten al Programa de Intervención Temprana del Hospital Regional Docente de Trujillo. 2008.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la prevalencia de caries y el índice de ceod y CPOD; en los pacientes con retardo mental de 3 a 6 años que asisten a PRITE del HRDT.
- Determinar la prevalencia de enfermedad gingival en los pacientes con retardo mental de 3 a 6 años que asisten a PRITE del HRDT.
- Determinar la prevalencia de maloclusión en los pacientes con retardo mental de 3 a 6 años que asisten a PRITE del HRDT.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres del niño con retardo mental de 3 a 6 años que asisten a PRITE del HRDT.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Tipo y área de estudio:

La presente investigación es básica de acuerdo a su orientación y descriptiva prospectivo y transversal de acuerdo al diseño de contrastación. El estudio se desarrolló en un salón perteneciente al

Programa de Intervención Temprana del Hospital Regional Docente de Trujillo.

2.2. Definición de la población muestral:

La población en estudio estuvo constituida por todos los niños que tuvieron de 3 a 6 años con diagnóstico de Retardo Mental y que asistieron al Programa de Intervención Temprana del Hospital Regional Docente de Trujillo 2008 y además, cumplieron con todos los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

2.2.1. Criterios de Inclusión: Fueron incluidos en el estudio:

- Niños de ambos sexos que tuvieron 3 a 6 años de edad con diagnóstico de retardo mental leve o moderado.
- Niños cuyos padres o apoderados autorizaron su participación mediante consentimiento informado.

2.2.2. Criterios de Exclusión: Fueron excluidos del estudio:

- Niños que presentaron una apertura bucal limitada.
- Niños que fueron no colaboradores.

2.3. Consideraciones Éticas:

Para la ejecución de la presente investigación, se siguió los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, adoptada por la 18^a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29^a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y

enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial (Venecia, 1983), la 41ª Asamblea Médica Mundial (Hong Kong, 1989), la 48ª Asamblea General Somerset West (Sudáfrica, 1996) y la 52ª Asamblea General Edimburgo (Escocia, 2000). Además, dicha Declaración presenta una nota de clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM (Washington 2002) y una nota de clarificación del párrafo 30, agregada también por la Asamblea General de la AMM (Tokio 2004) ⁶⁴.

Esta investigación contó a su vez con la autorización de la Facultad de Medicina, el comité de investigación y la dirección del Hospital Regional Docente de Trujillo así como también del consentimiento informado de los padres de familia de los niños involucrados en este estudio.

2.4. Diseño de Contrastación:

El presente proyecto tuvo un diseño de contrastación descriptivo y prospectivo de corte transversal.

2.4.1. Unidad de análisis:

La unidad de análisis estuvo conformada por las piezas dentarias, la gíngiva y los arcos dentarios de cada uno de los niños con retardo mental de 3 a 6 años que asistieron al Programa de Intervención Temprana del Hospital Regional Docente de Trujillo 2008.

2.4.2. Unidad de Muestreo:

La unidad de muestreo estuvo dada por cada niño con retardo mental de 3 a 6 años que asistieron al Programa de Intervención Temprana del Hospital Regional Docente de Trujillo 2008.

2.4.3. Marco de muestreo:

El marco de muestreo fue representado por la relación de todos los niños que fueron inscritos al Programa de Intervención Temprana del Hospital Regional Docente de Trujillo 2008.

2.4.4. Tamaño Muestral:

Para delimitar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente expresión:

$$n_o = \frac{Z^2 P(1 - P)}{E^2}$$

Donde:

Z = Desvío estándar que corresponden a un nivel de significancia o error fijado α .

E = Error tolerable.

P = Proporción de elementos a favor de la característica de estudio.

$1 - P$ = Proporción de elementos no a favor de la característica.

P obtenido del trabajo reportado por Davila y col. que en un grupo de personas con retardo mental y otras discapacidades reportaron que el 65.2% presentaron caries.⁶⁵

En ciencias de la salud se considera un error tolerable del 5% ($E = 0.05$) y un nivel de significancia del 95% ($Z=1.96$).

Luego reemplazando valores:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (0.652)(0.348)}{(0.05)^2} \quad n_0 = 348$$

Tomando como referencia que la población muestral (N) es 60 pacientes con Retardo Mental que asisten al Programa de Intervención Temprana del Hospital Regional Docente e Trujillo durante el 2008.

Luego podemos verificar lo siguiente:

Dado que $N > n_0$ ($n_0 - 1$), entonces n_0 no es el tamaño adecuado de muestra. Por lo que se procede a realizar el ajuste de la muestra inicial de la siguiente manera:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N-1}}$$

El cual reduce el tamaño de la muestra previa

Tomando un $N=60$ pacientes, se obtuvo:

$$n = 50 \text{ pacientes}$$

2.4.5. Método de selección:

I. Selección de los pacientes:

- A los niños que fueron inscritos en el Programa de Intervención Temprana el año indicado se les solicitó su Historia Clínica y se seleccionó a los pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión que fueron establecidos.
- Luego se informó a los padres de familia o apoderados de los niños sobre la presente investigación y se les pidió a los mismos el consentimiento para participar en el estudio, como prueba de ello firmaron la hoja de consentimiento informado.

(Anexo 01)

- Posteriormente se procedió a la recolección de datos en una ficha la cual fue previamente elaborada y consto de dos partes: (Anexo 02)
 - Datos generales del paciente: nombre, edad, género y diagnóstico.
 - Datos sobre el estado de condición de salud oral: índice CPO-D, índice gingival de Loe y Silness e índice de maloclusión.
- Luego se procedió a aplicar el cuestionario a los padres de familia de cada niño que participó en el estudio, respondiendo cada uno de ellos 15 preguntas.

2.5. Proceso de captación de la información:

Para la recolección de datos se hizo las coordinaciones del caso con el director del Hospital Regional Docente de Trujillo, a quien se le dio a conocer el objetivo de la presente investigación. Obtenida la autorización para la realización del estudio, se procedió a la recolección de datos y de muestras previas coordinaciones.

2.5.1. Del instrumento:

Los datos que se obtuvieron fueron registrados en una ficha clínica, donde se consigno los datos generales del paciente y condición de salud oral (índice CPO-D, índice gingival de Loe y Silness e índice de maloclusión).

Las piezas dentarias evaluadas fueron registradas en un odontograma utilizando el Sistema Dígito Dos, propuesto por la Federación Dental Internacional y recomendado por la Organización Mundial de la Salud, donde el primer dígito indica el cuadrante de la boca, y el segundo indica el diente.

Los datos sobre gingivitis se registraron en una tabla, teniendo en cuenta los criterios establecidos para el índice gingival de Løe y Silness.

Los datos obtenidos de maloclusión fueron registrados en una tabla de acuerdo a lo estipulado por el índice preconizado por la Organización Mundial de la Salud en 1987, modificado por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo – USP, Sao Paulo, Brasil, en 1996.

Con respecto al cuestionario se realizó la validación de éste, y se le sometió a pruebas de confiabilidad, este cuestionario constó de 15 preguntas referidas a higiene bucal.

2.5.2. Del examen: Se realizó previo consentimiento informado del padre o apoderado del paciente.

• **Del examen clínico:** La recolección de datos se realizó en un salón designado perteneciente al Programa de Intervención temprana.

A los niños seleccionados se les ubicó en una silla de madera con el rostro dirigido hacia una fuente de luz natural y se le

realizó previamente un aprestamiento inicial para que colabore con el examen.

El método que se utilizó para el diagnóstico clínico de las lesiones cariosas fue el observacional, utilizando espejo bucal plano número cinco determinando así la ausencia o presencia de la misma, registrándose en el Odontograma universal aprobado por el Colegio Odontológico del Perú, donde se registraron las lesiones cariosas con color rojo, las obturaciones con color azul, las recidivas con color azul y rojo y las piezas perdidas con una aspa (X) de color azul.

Se examinó el tejido gingival de cada pieza dentaria que fueron consideradas para el examen, utilizando un espejo bucal plano número cinco y una sonda periodontal propuesta por la OMS (Hu-Friedy), registrándose cada dato obtenido en la ficha clínica elaborada para dicho fin.

Para la obtención de datos sobre maloclusión se utilizó un espejo bucal plano número cinco determinando la ausencia o presencia de la misma mediante el índice preconizado por la Organización Mundial de la Salud en 1987, modificado por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo – USP, Sao Paulo, Brasil, en 1996⁶⁶, registrando cada dato obtenido en la ficha clínica previamente elaborada.

Para la aplicación del cuestionario se les explicó a los padres de familia los objetivos y beneficios del estudio, los cuales

posteriormente respondieron un cuestionario estructurado previamente elaborado.

Durante la realización del examen clínico la operadora contó con las medidas de bioseguridad correspondientes así como también todo el instrumental fue debidamente esterilizado previo al examen, luego permaneció sumergido en alcohol yodado.

2.6. Variables de estudio y escala de medición:

Variable	Indicador	Tipo	Escala
Retardo Mental	Leve Moderado	Categórica	Nominal
Condición de Salud Oral: Caries dental Gingivitis Maloclusión	Bueno Regular Malo	Cualitativa	Nominal
Nivel de conocimiento	Bueno Malo Regular	Cualitativa	Nominal

2.6.1. Definición de variables

2.6.1.1. Retardo Mental:

- **Definición conceptual:** Trastorno mental que se caracteriza por un coeficiente intelectual inferior a lo normal, asociado a

deterioros en la conducta de adaptación y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo.^{67,68}

- **Definición operacional:** Se tomó en cuenta a todos los niños que acudieron al Programa de Intervención Temprana del Regional Docente de Trujillo durante el 2008, que fueron diagnosticados con retardo mental leve y moderado.

2.6.1.2. Condición de Salud Oral:

- **Definición conceptual:** Es el estado de salud-enfermedad bucal que presenta el niño.
- **Definición operacional:** La condición de salud oral se evaluó como bueno, regular y malo. Se consideró: **Bueno** cuando se presentó: Caries dental: Muy bajo (0.1 – 1.1), gingivitis: Ninguna Inflamación < 0.1 y maloclusión: Normal (0); **Regular** cuando se presentó: Caries dental: Bajo (1.2 - 2.6) o Moderado (2.7-4.4), gingivitis: Inflamación Suave (0.1 – 1.0) o Inflamación Moderada (1.1 – 2.0) y maloclusión: Leve (1); **Malo** cuando se presentó: Caries dental: Alto (4.5-6.5) o Muy alto > 6.6, gingivitis: Inflamación severa (2.1 – 3.0) y maloclusión: Moderada/Severa (2)

A. Caries Dental:

- **Definición conceptual:** Es una enfermedad infecto-contagiosa que consiste en la descalcificación y desmineralización del diente, lo que provoca que la

superficie externa de la pieza (el esmalte) se vaya desgastando y avance hacia su interior provocando dolor.²³

- **Definición operacional:** La prevalencia de caries se determinó mediante la observación de ausencia o presencia de la misma y se determinó el índice de *ceod* (Gruebbel) y el índice de *CPOD* (Klein y Palmer). Anexo 02

B. Gingivitis:

- **Definición conceptual:** Es una inflamación de la encía que se caracteriza clínicamente por tumefacción, enrojecimiento, alteraciones del contorno fisiológico y hemorragia, como consecuencia de factores etiológicos locales.²⁴
- **Definición operacional:** La prevalencia de gingivitis se determinó mediante el uso del índice gingival de Løe y Silness simplificado que en casos de dentición primaria se evaluarán los dientes 54, 64, 74, 84, 81 y 71; en los casos de dentición mixta, en el sector anterior se sustituyeron por el permanente sucesivo y en el sector posterior se evaluaron los primeros molares permanentes. Anexo 02

C. Maloclusión:

- **Definición conceptual:** Proceso no patológico presentándose un desarreglo a nivel de la dentición de la articulación temporomandibular, estructuras craneofaciales,

neuromusculatura orofacial y otros tejidos blandos; creando un problema para el individuo, sea funcional o psicosocial.⁶⁹

• **Definición operacional:** La prevalencia de maloclusión se determinó mediante el índice preconizado por la Organización Mundial de la Salud en 1987, fue modificado por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo – USP, Sao Paulo, Brasil, en 1996.⁶⁶ Anexo 02

0. Normal: ausencia de alteraciones de oclusión.

1. Leve: cuando hay una o más dientes con giroversión o ligero apiñamiento o espaciamiento que perjudica el alineamiento regular.

2. Moderada / severa: cuando hay un efecto inaceptable sobre la apariencia facial, una significativa reducción de la función masticatoria, o problemas fonéticos observados por la presencia de una o más de las siguientes condiciones en los 4 incisivos anteriores:

- Traspaso horizontal maxilar estimado en 9 mm o más (overjet positivo).
- Traspaso horizontal mandibular, mordida cruzada anterior igual o mayor que el tamaño de un diente (overjet negativo).
- Mordida abierta.
- Desvío de línea media estimado en 4 mm o más.

- Apiñamiento o espaciamiento estimado en 4 mm o más.

3. Sin información: cuando no es posible verificar el índice o cuando no se aplica para la edad que está siendo examinada.

2.6.1.2. Nivel de Conocimiento:

- **Definición conceptual:** Es el nivel de conocimiento que poseen las personas acerca de salud oral y que se puede medir a través de los factores de riesgo, se evidencia por su capacidad de prevenirlos y o controlarlos a nivel individual o grupal.
- **Definición operacional:** Nivel alcanzado por los padres o apoderados en una escala predeterminada de conocimientos de salud oral, el cual fue evaluado en una escala de valoración: bueno, regular, malo. Anexo 03

2.7. Análisis Estadísticos e Interpretación de Datos:

La información recolectada fue incorporada en una base de datos para el procesamiento con el soporte de los Programa SPSS, versión 13 y Microsoft Office Excel 2003. Los resultados obtenidos se tabularon en cuadros de distribución de frecuencias simples y cuadros de una entrada, con frecuencias numéricas y porcentuales.

III. RESULTADOS

Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, el presente trabajo de investigación incluyó una muestra total de 50 niños; analizados los datos se obtuvo los siguientes resultados:

- La prevalencia de caries dental en los niños con retardo mental que asisten al Programa de Intervención Temprana del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el 2008 fue del 78%; encontrándose un índice ceo-d bajo en un 53.8% y muy bajo en un 46.2%. Tabla 1, Tabla 2.
- La prevalencia de enfermedad gingival se presentó en el 100% de los niños, encontrándose que el 34% de los niños con retardo mental presentó inflamación severa y el 66% inflamación moderada. Tabla 3
- La prevalencia de maloclusión en los niños fue de 34%, encontrándose un índice de maloclusión normal en un 66%, leve en un 28% y moderado/severa en un 6%. Tabla 4, Tabla 5
- La condición de salud oral en los niños con retardo mental que asisten al Programa de Intervención Temprana del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el 2008 fue de regular en un 88% y malo en un 6%. Tabla 6
- El nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños con retardo mental fue bueno en un 22%, regular en un 42% y malo en un 36%. Tabla 7

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS CON RETARDO MENTAL DE 3 A 6
AÑOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE INTERVENCION
TEMPRANA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO
2008 SEGÚN CARIES

CARIES	Nº	%
Si	39	78
No	11	22
Total	50	100

TABLA 2
INDICE DE CARIES EN LOS NIÑOS CON RETARDO MENTAL DE 3 A
6 AÑOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE INTERVENCION
TEMPRANA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO
2008

INDICE DE CARIES ceo-d	N°	%
Bajo	21	53.8
Muy bajo	18	46.2
Total	39	100

TABLA 3
PREVALENCIA DE GINGIVITIS EN LOS NIÑOS CON RETARDO
MENTAL DE 3 A 6 AÑOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE
INTERVENCION TEMPRANA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
DE TRUJILLO 2008

GRADO DE INFLAMACION	Nº	%
Inflamación severa	17	34
Inflamación moderada	33	66
Total	50	100

TABLA 5
PREVALENCIA DE MALOCLUSION EN LOS NIÑOS CON RETARDO
MENTAL DE 3 A 6 AÑOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE
INTERVENCION TEMPRANA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
DE TRUJILLO 2008

INDICE DE MALOCLUSION	Nº	%
Normal	33	66
Leve	14	28
Moderado/Severa	3	6
Total	50	100

TABLA 6
CONDICION DE SALUD ORAL EN LOS NIÑOS CON RETARDO
MENTAL DE 3 A 6 AÑOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE
INTERVENCION TEMPRANA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
DE TRUJILLO 2008

Condicion de salud oral	Nº	%
Regular	44	88
Malo	6	12
Total	50	100

TABLA 7

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS CON
RETARDO MENTAL DE 3 A 6 AÑOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA
DE INTERVENCION TEMPRANA DEL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE DE TRUJILLO 2008**

Nivel de conocimiento	Nº	%
Bueno	11	22
Regular	21	42
Malo	18	36
Total	50	100

IV. DISCUSIÓN

El presente estudio de tipo descriptivo transversal se realizó en 50 niños con retardo mental, con el propósito de determinar la condición de salud oral en niños de 3 a 6 años con retardo mental que asisten al Programa de Intervención Temprana del Hospital Regional Docente de Trujillo 2008.

Las dificultades para el tratamiento estomatológico se incrementan para el paciente con retardo mental ya que éste es rechazado en la práctica diaria por parte del estomatólogo debido a la complejidad de su atención y a los trastornos conductuales de estos pacientes,^{5,70} por eso es importante conocer cuales son las enfermedades bucodentales más frecuentes en este tipo de pacientes.

En este trabajo se encontró que un 78% de los niños con retardo mental presentan caries, valores por debajo de los reportados por Benavente, quien en un grupo de niños con retardo mental observó que el 96.5% presentaba caries⁷¹. En otros estudios similares, como el de Dávila y col, quienes en una población con retardo mental de 1 año a más reportaron que el 65.2% presentaban caries⁶⁵;

Sin embargo existen muchas controversias con respecto a la prevalencia de caries en los niños con retardo mental, estudios realizados en países como Cuba y Japón reportan que la prevalencia de caries en estos niños es casi la misma que en niños normales⁷². En estudios realizados por Nielsen, Pope, Pernia y col.

señalaron una menor prevalencia de caries en en estos niños y que esto puede explicarse por el hecho de que todos estos trabajos fueron realizados con niños que pertenecen a alguna institución donde se les proporciona atención multidisciplinaria⁷³.

Con respecto al índice de caries ceod de los niños con retardo mental presentaron bajo en un 53.8% y muy bajo en un 46.2% cuyas cifras no coinciden con Benavente quien en un grupo de 58 niños con retardo mental reportó un índice de ceod bajo solo en un 3.4%, moderado en un 24.1% y alto 72.4%⁷¹.

En cuanto al estado gingival se observó que el 100% de los niños con retardo mental estudiados presentaron algún grado de gingivitis, ninguno presentó gingiva sana; coincidiendo con Benavente quien en su estudio realizado observó que el 100% de los niños con retardo mental presentaba gingivitis⁷¹. Sin embargo los resultados obtenidos resultaron ser más elevados que lo reportado por Torres que halló que el 88% de 52 niños con Síndrome de Down tuvieron enfermedad gingival⁷⁴, así como lo hallado por LLodra y col. en una población de 6 a 20 años quienes reportan que solo el 34% presentó salud periodontal⁷⁵, resultados similares a los hallados por Luchese y col. en una población con retardo mental sólo el 5% presentó periodonto sano⁷⁶.

La elevada prevalencia de gingivitis podría explicarse por la dificultad del cepillado, la falta de atención de sus padres como manifiesta Gizani y col , quienes en un grupo de niños con retardo mental reportaron que entre el 91% y 94.7% no reciben colaboración de sus padres o tutores⁷⁷, muy similar a lo mencionado por PIRELA y col. que reportaron en niños excepcionales que el 63,3% no reciben apoyo de sus padres durante el cepillado dental³⁵, situación similar es reportada por PACHECO y col. que en un estudio de niños de 2 a 4 años evidenciaron que el 52% se cepillan solos⁷⁸. Por lo que se puede concluir que estos niños no están recibiendo el apoyo correspondiente de sus familiares tal como lo menciona CUMELLA y col.⁷⁹. similar también a los hallado por PETERSEN y ESHENG que en niños chinos de 6-12 años de edad, solo el 4% recibía ayuda de sus madres⁸⁰. Por otro lado PETERSEN y col. Reporta que en niños rumanos de 1er. Grado, que el 26% de madres cepillaban a sus hijos⁸¹. Es bueno recordar lo dicho por BRAUNER, que aún en niños normales con entrenamiento, cuando no hay permanente refuerzo, la eficacia del cepillado dental disminuye⁸². Sin embargo en este estudio se encontró que un 74% de los padres de los niños con retardo mental reconocen que la limpieza bucal para estos niños debe ser con la ayuda de ellos, a pesar de estos datos se presento enfermedad gingival en toda la población pudiendo inferir que no solo basta la ayuda de los padres

sino también la necesidad del conocimiento adecuado para un buen cuidado e higiene oral.

Con respecto a la maloclusión se encontró una prevalencia de un 34% encontrándose como leve en un 28% y moderado/severa en un 6%. Sin embargo Machuca, en una revisión bibliográfica afirma que existe una alta prevalencia de maloclusiones en pacientes con retardo mental, debido a diversas alteraciones entre las que se encuentran alteraciones neuromusculares como hipotonía o hipertonia⁸³.

En el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres de los niños con retardo mental se presentó como regular en 42%. CUMELLA y col., mencionan que las personas con discapacidad mental ignoran acerca de los problemas dentales, la relación entre el dolor y la condición de salud de sus dientes, ya que ellos dependen mucho de las personas que los cuidan, quienes a su vez no tienen conciencia de la importancia de brindarles cuidados especiales; por lo que recomiendan, que es necesario que se entrenen a los cuidadores, para que además mantengan una relación más estrecha con éstos y les brinden apoyo en los cuidados de su salud bucal, dieta y cepillado dental, pues presentan cierta resistencia a éste último⁷⁹.

En este contexto, MARTENS y col., realizaron un estudio epidemiológico en una población de niños discapacitados, observando que todos los grupos en término medio presentaron placa y cálculos dentales, aún los que tenían ciertas destrezas, esto se debió a que les faltó instrucciones adecuadas de higiene bucal, recomendando que es necesario instalar programas de entrenamiento dirigidos a sus padres o educadores⁸⁴.

En el presente estudio podemos decir que la condición de salud oral de los niños con retardo mental es de regular en un 88% y malo en un 12%.

Podemos inferir que este grupo humano por sus limitaciones mentales requieren cuidados especiales, donde el estado de salud oral debe tener un valor importante, propuesta que coinciden con muchos estudios realizados en estos grupos como Legon y col y Agust y col., quienes lograron mejorar significativamente la salud bucal de personas con retardo mental después de instaurar un programa recuperativo, educativo y preventivo^{85,86}.

Es importante reconocer la necesidad de realizar programas de educación sobre cuidados de la salud bucal dirigidos a los padres y educadores, así mismo acondicionar servicios con profesionales capacitados para la prevención, tratamiento y rehabilitación para esta población.

V. CONCLUSIONES

Las conclusiones del presente estudio fueron:

- La condición de salud oral que presentaron los niños con retardo mental de 3 a 6 años de edad que asisten al Programa de Intervención Temprana del Hospital Regional Docente de Trujillo 2008 fue de regular en 88% y malo en un 12%.
- La caries dental se presentó en un 78% de la población.
- La gingivitis se presentó en la totalidad de los niños con retardo mental.
- La prevalencia de maloclusión en los niños con retardo mental fue de 34%.
- El nivel de conocimiento de los padres de los niños con retardo mental fue de bueno 22%, regular 42% y malo 36%.

VI. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio se recomienda:

- Iniciar en los Programas o Institutos de Educación Especial la atención odontológica preventiva que ayuden a reducir la prevalencia de las enfermedades bucodentales en la población estudiada.
- Preparar a los Odontólogos en la atención de pacientes con retardo mental y elaborar estrategias para mejorar el acceso de la población a los servicios odontológicos.

- Promover programas de motivación sobre higiene bucal en Padres de niños discapacitados.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Assumpao J. Francisco B., Sprovieri M. Los aspectos epidemiológicos de la deficiencia mental. Acta Psiquiatr. Psicol. Am. Lat.; 33(4): 296-304, dic.1987.
2. Machuca, G. Aspectos específicos del control de placa en: niños, disminuidos y ancianos. En Sanz M, editor 1er Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:233-76.
3. Maciel S.M. Saúde bucal infantil: a participação da mãe: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1994. en: <http://www.revista@imip.org.br>
4. Ravaglia C. El problema de salud bucodental de los pacientes discapacitados y/o especiales en América Latina. Rev Fola Oral 1997;3(9):162-5.
5. Correa MSNP Odontopediatría na primeira infancia. Sao Paulo: Livraria Santos;1999.p. 650-9
6. Grossman HJ: Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation, revised. Washington DC, American Association on Mental Retardation, 1997.

7. Moser HW, Ramey CT, Leonard CO: Mental retardation. IN Emery AE, Rimoin DL: Principles and Practices of Medical Genetics. New York, Churchill Livingstone, 1983, p 352.
8. McLaren J, Bryson SE: Review of recent epidemiological studies of mental retardation: Prevalence, associated disorders, and etiology. Am J Ment Retard 92: 243, 1987.
9. Warkany J, Lemire RJ, Cohen MM Jr: Introduction. In Mental Retardation and Congenital Malformations of the Central Nervous System. Chicago, Yearbook, 1981, p3
10. Akesson HO, Bengtsson V, Elder F, FB, et al: Molecular confirmation of Wolf-hirschorn syndrome with subtle translocation of chromosome 4. Am J Hum Genet 49: 1235.
11. Gillerot Y, Koulischer L, Yasse B, et al: The Geneticist and the so-called "socio-cultural" familial mental retardation. J Genet Hum 37: 103, 1989.
12. Zarzar PMP de A, Rosembot A. A beneficencia e atencao odontológica as crianças portadoras da Síndrome de Down na cidade do Recife. Anq Odontol 1999; 35(1-2):39-49.
13. Gabre P, Martinsson T. Longitudinal study of dental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intellectual disability. Eur J Oral Sir 2001;109(1):20-6.
14. GOERDT A. Prevención de discapacidades y rehabilitación. Rev. de la OMS 1995; 48(5):4.

15. LLERENA del Rosario ME, Elías Madrigal G. Características bucales de los niños con parálisis cerebral infantil. Rev. Adam Órgano Oficial de la Asociación Dental Mexicana 1988; 45(2):63-4.
16. Walter LR, Ferelle A, Issao M. Odontología para el bebé. 1ra ed. Londrina – Brasil: Artes Médicas; 2000.
17. Chavarro OI, Cortez E, Sierra R. Caries del lactante y su verdadero significado para el médico y el odontólogo. Posibles factores asociados. [aprox. 14pp.] 1998. Disponible en: <http://www.encolombia.com/pediatra35100caries.htm>.
18. Lamas OM., Gil GF, Gonzalez SA. Caries de la Infancia Temprana: etiología, factores de riesgo y prevención. Rev Profesión Dental. 1999 Jun; 2 (6):362-368.
19. Melgar HR. Bases para una Prevención Efectiva. 1a ed. Lima-Perú: Colegio Odontológico del Perú; 1998.
20. Salcedo VS. Ablactancia y nivel de exposición a flúor y su relación con la experiencia de Caries de Infancia Temprana [Tesis Bachiller] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2004.
21. Villena SM, Bernal MJ. Ingesta de azúcares en la dieta de los niños de 0 a 36 meses. Rev Est Herediana. 1998; 5(1): 13-17.
22. THYLSTRUP, ANDERS-FEJERSKOV OLE. “Caries Dental” Ediciones Doyma p. 154-155 España 1988.

23. Katz S, Mc Donald J.L, Stookey G.K. Odontología preventiva en acción. 3ª. Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1990.
24. Morris, A, Las Especialidades Odontológicas en la Practica General, Ed. Labor S.A. Barcelona, 1976; 373-6
25. Regezi J, Sciubba J. Patología Bucal. 2ª ed. México: Editorial Mc Graw – Hill Interamericana S.A.; 1995. p. 541-544 y 558-565
26. American Dental Association. Oral Health Topics A - Z. Periodontal Diseases [en línea] 2007 [fecha de acceso 22 de julio 2007] URL disponible en: http://www.ada.org/public/topics/periodontal_diseases.asp
27. Debra Wood, RN. Gingivitis. Enfermedad de las encías. Doctors Medical Center [en línea] Boston: EBSCO; 2007 [fecha de acceso 10 de julio 2007] URL disponible en: <http://www.doctorsmedicalcenter.org/apps/HealthGate/Article.aspx?chunkiid=103674>
28. GENCO; GOLDMAN; COHEN: PERIODONCIA Editorial Interamericana Mc Graw – Hill- Mexico – 1993.
29. SHAFER; W; LEVY; B: TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL Editorial Interamericana, México 1986
30. SIXTO GARCIA LINARES: EL PERIODONTO Y LA MUJER Odontología Sanmarquina 1 (10) 55 – 56. 2002

31. Carranza F, Sznajder N. Compendio de Periodoncia. 5ª ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1999. p. 21-23, 26-29 y 31-35.
32. American Dental Association. Periodontal (gum) diseases [en línea] 2006 [fecha de acceso 30 de julio 2007] URL disponible en: <http://www.perio.org/consumer/2a.html>
33. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección de Regulación-Unidad de Salud Bucal. Guía de atención Odontoestomatológica [en línea] El Salvador 2004 [fecha de acceso 20 de julio 2007] URL disponible en: [http://www.mspas.gob.sv/pdf/doc_prog/Guia_de_Atencion_Odontoestomatologia_\(Salud_Bucal\).pdf](http://www.mspas.gob.sv/pdf/doc_prog/Guia_de_Atencion_Odontoestomatologia_(Salud_Bucal).pdf)
34. Elio Zans JJ, Pernia J. Estudio epidemiológico bucodentario en pacientes con parálisis cerebral. Higiene Oral Rev 1994; 54(437):35-9.
35. Pirela, M.; Salazar, C.; Manzano M. Patología bucal prevalente en niños excepcionales. Acta Odontol. Venez. Vol.37 N°3 Caracas, dic. 1999
36. Hawkins RJ, Zanetti DL, Main PA, Jacovich A, Dwyer JJ, Othere DF, et al. Oral hygiene Knowledge of high risk grade in children: an evaluation of two health education. Community Dental Oral Epidemiol 2000; 28(5):336-43.

37. Hernández Pencina J, Tello de Hernández T de J, Ochoa Ruiz GM. Alteraciones bucales en niños con Síndrome de Down en el estado de Yucatán. Rev ADM 1998;(2):91-6.
38. Garrigó Andreu MI, Sardiña Alayón S, Gispeat Abreu E, Valdéz García J, Legón Padilla N, Fuentes Valido J, et al. Guías prácticas de estomatología. Caries dental: La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.p. 23-5.
39. Barrancos Mooney J. Operatoria dental. 3ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1999. p. 232-3, 239-72, 316.
40. Montiell Company JM, Almerich Sella JM. Maloclusiones dentarias en una población con retraso mental. RCOE 2001;6(2):149-54.
41. Chauchu S Shapira J, Becker A. The orthodontic treatment of children with disabilities. Refurt Hapeh Vehashinoyen 2001;18(2):42-50, 62.
42. Iglesias Aunarejo NCB. Prevalencia de carie dentaria en criancas portadoras de Síndrome de Daown na faixa etaria de 0 a 60 meses JBP 2000;3(12):148-57.
43. Correa MSNP Odontopediatría na primeira infancia. Sao Paulo: Livraria Santos;1999.p. 650-9
44. LEGON PADILLA, N. CARDOZO RAMOS, L. "Algunas Consideraciones sobre el Niño Impedido Físico y Mental en la Práctica Clínica Estomatológica. Revista Cubana de Estomatología. Habana, Cuba. 28 (4) pp. 255-287. Oct. - Dic. 1988

45. NIELSEN, L. A. "Caries Among Children with Cerebral Palsy: Relation to C.P. -Diagnosis, Mental and Motor Handicap". ASDC- Journal of Dentistry for Children. Jul-Aug. ; 57 (4): 267-73. 1980
46. NUNN, J.H., MURRAY, J.J. "Dental Health of Handicapped Children; Results of a Questionnaire to Parents". Community-Dent. Health. Mar.; 7 (1): 23-32. 1980
47. WHYMAN, R.A.; WONDER, T.J.; GUEST, D.F. (1995) the oral health of long-term residents of a hospital for the intellectually handicapped and psychiatrically ill. N Z. Dent. J. 404, 49-56.
48. THORTON, J. y col. "Oral hygiene levels and periodontal disease prevalence among residents with mental retardation at various residential settings". SPEC-CARE-DENTIST, 1989; 9; 6; 186-90.
49. GONZALES LOBATÓN. "Técnica de cepillado en pacientes con retardo mental leve y moderado". Tesis para optar el título profesional de cirujano-dentista USMP. (1998)
50. MORALES, Carmen C. "Parálisis Cerebral. Sus Efectos sobre la Erupción del Primer Molar Permanente y las Condiciones de Salud-Enfermedad". Tesis Doctoral. Instituto de Investigaciones Odontológicas. Facultad de Odontología. Universidad del Zulia. Junio, 1984
51. Paredes F. Evaluación clínica y radiográfica de la caries dental en niños con parálisis cerebral espástica. Estudio clínico [Tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Odontología; 1999.

52. Salvador R. Anomalías de la dentición mixta en niños de 1 a 12 años de edad con diagnóstico de parálisis cerebral infantil en el Hogar Clínica San Juan de Dios [Tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Odontología; 2000.
53. Tauquino J. Perfil de salud oral en niños con parálisis cerebral [Tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Odontología; 1999.
54. Blas J. Manifestaciones clínicas estomatológicas de las alteraciones masticatorias en pacientes con parálisis cerebral [Tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Odontología; 2004.
55. HESSEN, J. Teoría del Conocimiento. México. Editorial Interamericana. 2001.
56. FRITH U. Autismo. Hacia una explicación del enigma. Madrid: Alianza Madrid: Alianza. 1992.
57. MAGNUSSON, Bengt. Odontología Preventiva. Buenos Aires. Editorial Savak. Reimpresión 1987.
58. Ravaglia C. El problema de salud bucodental de los pacientes discapacitados y/o especiales en América Latina. Rev Fola Oral 1997;3(9):162-5.
59. Acosta A. Tratamiento de los niños con impedimentos físicos y mentales en el consultorio odontológico. Unímetro 1993; 9(17):46-51.

60. de la Osa JA. Retraso mental. Granma 2003 febrero 11; Consulta médica .p. 8(3,4).
61. Sosa Rosales M de la C, Mojaiber de la Peña A, González Ramos M, Gil Ojeda E. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2002. p. 5, 9,136, 137.
62. Di Nasso Patricia. Cuidado dental del niño con discapacidad. Revista Asociación Argentina de Odontología para niños 2001;30(4):21-4
63. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Ciudad de la Habana: MINSAP; 1998. p. 5.
64. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Página Web de La Asociación Medica Mundial [en línea] 2007 [fecha de acceso 18 de julio 2007] URL disponible en:
<http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>
65. Dávila, M.; Gil, M.; Daza, D.; BULLONES, X.; UGEL, E. Salud Oral de las personas con retraso mental en cuatro municipios del Estado Lara, 2003. Acta Odontol. Venez. Vol. 43 N° 3, Caracas 2005.
66. Brasil, Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de Saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2003. p.32.

67. Gutierrez, V. y col. Niños Excepcionales, Diagnóstico y Tratamiento, Lima Perú, Ed. CECADE, 1986, 409 pp.
68. Verdugo, M. "El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: La nueva definición de la AARM". Revista Siglo Cero nº 153. Madrid 1994.
69. Graber T.V. Ortodoncia. Principios generales y técnicas. Editorial Médica Panamericana. 3ra edición 2003. Buenos aires.
70. Eugenio Selman_Hausein Abdo. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica; 2002. p. 10-19.
71. Benavete.
72. SHAPIRA, J. ; MANN, J.; TAMARI, I. "Oral Health Status and Dental Needs of an Autistic Population of Children and Young Adults". Spec. Care Dentist. Mar-Apr.; 9 (2): 38-41. 1989
73. Boletín Médico del Hospital Infantil de México ISSN – 1665 – 1146 vol. 61 Nov – diciemb. 2004 N°6
74. Torres Y. Incidencia y prevalencia de enfermedad gingival en niños especiales. El síndrome de Down en nuestro medio. Tesis Bach. UNMSM. Lima Perú. 1976
75. Llodra JC, Franco Ma, de Dios J, Bernardo J, Díaz JM, Maillo C et al. Análisis del Estado de Salud Bucodental de la Población con Discapacidad Psíquica en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo de Extremadura. 2002. En prensa.

76. Lucchese C., Checchi L. The oral status in mentally retarded institutionalized patients. University Degli Study, Bologna. Minerva Stomatol. 1988, oct; 47(10): 499-502
77. Gizani S., Declerck D., Vinckier F. Oral health condition of 12 years old handicapped children in Flanders (Belgium). Community. Dent. Oral. Epidemiol. 1997 Oct; 25(5): 352-7.
78. Pacheco, G.; Palópolis, C.; Pereyra, R.; Romero, G.: "De lo prevalente, a lo prevenible: Hábitos de salud bucal en preescolares". 33er Congreso Argentino de Pediatría, Mar del Plata. Acta Odontol. Venez. Vol. 37° 3, Caracas, dic. 1999
79. Cumela S., Ransford N., Lyons J. Needs for oral care among people with intellectual disability not in contact with Community Dental Services. University of Birmingham School of Medicine. Community Dental Oral Epidemiol. 2000. Feb 28(1): 73-80
80. Petersen PE, Esheng Z. Dental caries and oral health behaviour situation of children, mothers and schoolteachers in Wuhan, people's Republic of China. Int.Dent.J. 1998 jun; 48(3): 210-6
81. Petersen PE, Danila I, Samoila A. Oral health behaviour, knowledge and attitudes of children, mothers and schoolteachers in Romania in 1993. Acta Odontol.-Scand. 1995 dec; 53(6):363-8
82. Brauner MT. Contribución al estudio de la influencia de la instrucción de la técnica de cepillado con o sin refuerzo del aprendizaje, en niños de 7 a 8.5 años después de 3 a 10 meses

de entrenamiento. Tesis de Maestría en Salud Pública.
Universidad de Sao Paulo. 1986

83. Machuca C, Martínez F, Machuca G, López L, Bullón P.
Tratamiento ortodóntico en los distintos niveles de prevención en
pacientes con necesidades especiales. Av Odontoestomatol 1999;
15 (4): 577-81.
84. Martens L., Marks L., Goffin G. Oral hygiene in 12 year old
disabled children in Flanders, Belgium, related to manual dexterity.
University of Gent Belgium. Minerva Stomatol. 1988, Oct; 47(10):
499-502.
85. Legon P.N. Prevalencia y severidad de la enfermedad gingival en
niños retrasados mentales de 5 hogares infantiles de ciudad de la
Habana. Rev. Cuba. Estomatol.; 25(1): 101-9, Ene-Abr. 1988.
Tab.
86. Agusti B., Sellares J., Aguado A. A comparative study of the
evolution of caries in mentally retarded subjects of 5 years
duration. Aten. Primaria. 1999 may 31. 23(9): 543-7.

Anexos

OFICINA DE SISTEMAS E INFORMÁTICA

TABLA 8

RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES Y LA PREVALENCIA DE GINGIVITS EN LOS NIÑOS CON RETARDO MENTAL DE 3 A 6 AÑOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE INTERVENCION TEMPRANA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2008

Nivel de conocimiento	Gingivitis				Prueba
	Inflamación suave		Inflamación moderada		
	Nº	%	Nº	%	
Bueno	8	47.1	3	9.1	$\chi^2 = 14.00$ gl = 2 p = 0.00091 p < 0.001
Regular	8	47.1	13	39.4	
Malo	1	5.8	17	51.5	
Total	17	100	33	100	

TABLA 9

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO DE SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS CON RETARDO MENTAL DE 3 A 6 AÑOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE INTERVENCION TEMPRANA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2008

Nivel De Conocimiento Sobre El Cuidado De Salud Bucal	Nº	%
¿La limpieza bucal para niños con discapacidad mental debe realizarse?		
Solos	6	12
Con la ayuda de los padres o un adulto	37	74
No se	7	14
Total	50	100

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA.

ANEXO 01

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, identificado (a) con DNI número _____, declaro tener conocimiento del trabajo de investigación titulado **“Condición de Salud oral en niños con Retardo mental de 3 a 5 años de edad que asisten al Programa de Crecimiento, Desarrollo, Nutrición e Intervención Temprana del Hospital Regional Docente de Trujillo. 2008”** realizado por la señorita Cynthia Velásquez Veneros, acepto que mi hijo participe en esta investigación conociendo que no recibiré retribución económica alguna y que los procedimientos de la investigación no perjudicarán de ninguna manera la salud física y mental de mi hijo.

Firma del padre o
apoderado.

Trujillo, ____ de _____ del 2008.

En caso de cualquier eventualidad por favor comunicarse con:
Dra. Teresa Ríos Caro
Presidenta de la Comisión de Investigación del Departamento de Estomatología de la Escuela de Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo.
TELEFAX: 465208
Calle Elías Aguirre #560, Moche

ANEXO 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Condición de Salud oral en niños con Retardo mental de 3 a 5 años de edad que asisten al Programa de Crecimiento, Desarrollo, Nutrición e Intervención Temprana del Hospital Regional Docente de Trujillo. 2008”

I. Datos generales del paciente:

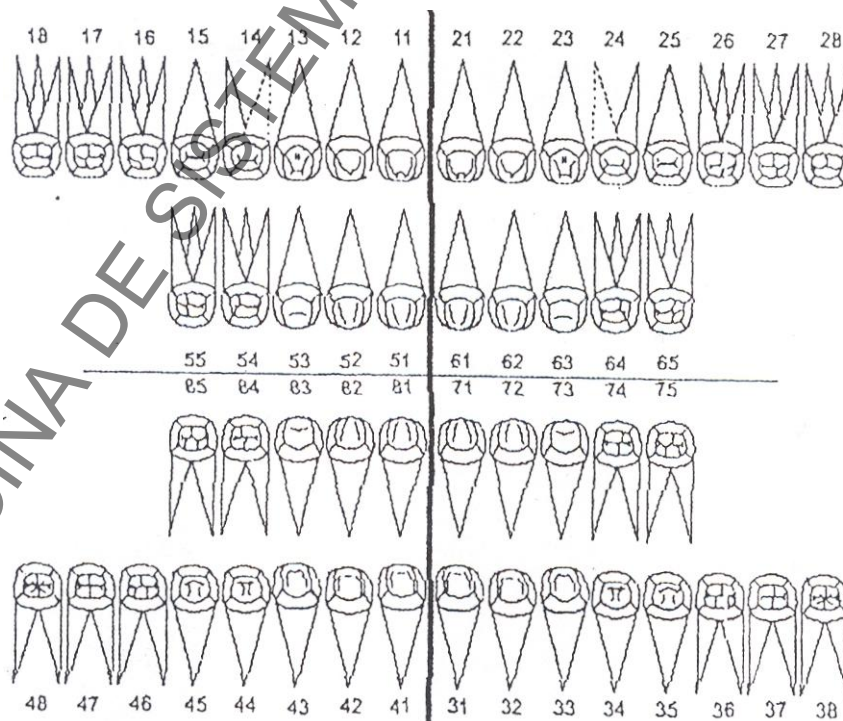
Nombre:

Edad: Género: Masculino () Femenino ()

Diagnostico:.....

II. Condición de salud oral:

a. CARIES:



INDICE DE CARIES DENTAL	Ceod		CPOD
Cariadas			
Perdidas			
Ext. Indic.			
Obturadas			
TOTAL			

Muy alto > 6.6	Alto 4.5 – 6.5	Moderado 2.7 – 4.4	Bajo 1.2 – 2.6	Muy bajo 0.1 – 1.1

b. Índice Gingival de Løe y Silness simplificado:

Áreas a evaluar	Piezas dentarias deciduas utilizadas para el Índice Gingival de Løe y Silness Simplificado					
	5.4	6.4	7.4	8.4	8.1	7.1
M						
V						
L						
D						

Criterios para el Índice Gingival de Løe y Silness	
0	Encía normal.
1	Inflamación leve, cambio de color, edema leve, no sangra al sondaje.
2	Inflamación moderada, encía roja, brillante, edematizada, sangra al sondaje,
3	Inflamación severa, marcado aumento de color y edema, ulceración, tendencia a hemorragia espontánea

Inflamación Severa 2.1 – 3.0	Inflamación Moderada 1.1 – 2.0	Inflamación Suave 0.1 – 1.0	Ninguna Inflamación < 0.1

c. Maloclusión:

ANOMALIAS	PRESENTA	NO PRESENTA
Ninguna Anormalidad		
Giroversión o apiñamiento leve		
Overjet maxilar en 9mm.		
Overjet mandibular		
Mordida cruzada anterior		
Mordida abierta		
Desviación de la línea media en más de 4mm		
Apiñamiento o diastema de 4mm o más		

NORMAL 0	LEVE 1	MODERADA/SEVERA 2	SIN INFORMACION 3

CRITERIOS PARA EL ÍNDICE DE MALOCCLUSIÓN	
0. Normal	Ausencia de alteraciones de oclusión.
1. Leve	Cuando hay una o más dientes con giroversión o ligero apiñamiento o espaciamento que perjudica el alineamiento regular.
2. Moderada / severa	<p>Cuando hay un efecto inaceptable sobre la apariencia facial, una significativa reducción de la función masticatoria, o problemas fonéticos observados por la presencia de una o más de las siguientes condiciones en los 4 incisivos anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traspaso horizontal maxilar estimado en 9 mm o más (overjet positivo). • Traspaso horizontal mandibular, mordida cruzada anterior igual o mayor que el tamaño de un diente (overjet negativo). • Mordida abierta. • Desvío de línea media estimado en 4 mm o más. • Apiñamiento o espaciamento estimado en 4 mm o más.
3. Sin información	Cuando no es posible verificar el índice o cuando no se aplica para la edad que está siendo examinada.

CONDICIÓN DE SALUD ORAL		
BUENO	REGULAR	MALO
Caries dental: Muy bajo (0.1 – 1.1) Gingivitis: Ninguna Inflamación < 0.1 Maloclusión: Normal (0)	Caries dental: Bajo (1.2 - 2.6) Moderado (2.7- 4.4) Gingivitis: Inflamación Suave (0.1 – 1.0) Inflamación Moderada (1.1 – 2.0) Maloclusión: Leve (1)	Caries dental: Alto (4.5-6.5) Muy alto > 6.6 Gingivitis: Inflamación severa (2.1 – 3.0) Maloclusión: Moderada/Severa (2)

OFICINA DE SISTEMAS E INFORMÁTICA

ANEXO 03

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños que asisten al Programa de Crecimiento, Desarrollo, Nutrición e Intervención Temprana del Hospital Regional Docente de Trujillo, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta con una sola respuesta de manera veraz.

I. Instrucciones:

Lea y marque cuidadosamente cada pregunta del cuestionario con una (X) dentro del paréntesis, por favor conteste solo una respuesta.

1) ¿Cuáles considera Ud. son elementos de higiene bucal?

- a) dulces, cepillo dental, pasta dental. ()
- b) fluor, pasta dental, hilo dental. ()
- c) cepillo dental, hilo dental, pasta dental. ()

2) ¿Cada cuánto tiempo debería cambiar su cepillo dental?

- a) cada 6 meses ()
- b) cada 12 meses ()
- c) cada 3 meses ()
- d) no sé ()

3) El diente es:

- a) Es un elemento en la boca. ()
- b) Sirve solamente para masticar los alimentos. ()
- c) Es un órgano. ()
- d) no sé. ()

4) ¿Sabe cuantos tipos de dentición tendrá su hijo?

- a) 1 ()
- b) 2 ()
- c) 3 ()
- d) no sé ()

5) ¿Principalmente cuándo Ud. cree que debe cepillarse los dientes?

- a) antes de las comidas. ()
- b) después de las comidas. ()
- c) solo al acostarse. ()
- d) solo al levantarse. ()

- 6) ¿Cuándo debería llevar a su hijo por primera vez al dentista?**
- a) al erupcionar el primer diente.
 - b) cuando tenga edad suficiente.
 - c) cuando le duela algún diente.
 - d) cuando le salgan todos sus dientes.
- 7) ¿Cuánto tiempo Ud. demora en cepillarse los dientes?**
- a) no sé.
 - b) 30 segundos.
 - c) 1 minuto.
 - d) 2 minutos.
 - e) 3 minutos.
- 8) La placa bacteriana es:**
- a) restos de dulces y comidas.
 - b) manchas blanquecinas en los dientes.
 - c) restos de alimentos y microorganismos.
 - d) no sé.
- 9) La enfermedad periodontal es:**
- a) el dolor de diente.
 - b) la enfermedad de las encías.
 - c) inflamación del labio.
 - d) no sé.
- 10) ¿Qué es la caries?**
- a) es una picadura en los dientes.
 - b) es una enfermedad infectocontagiosa.
 - c) es un dolor en la boca.
 - d) no sé.
- 11) ¿Qué características debe tener un cepillo dental?**
- a) Que las cerdas sean de 2 colores y el mango sea recto
 - b) Que las cerdas sean duras y de un solo color
 - c) Que las cerdas sean rectas y el mango también.
 - d) Que las cerdas sean inclinadas y el mango sea curvo
- 12) ¿Cuántas veces se cepilla al día?**
- a) una vez
 - b) dos veces
 - c) tres veces
 - d) ninguna
- 13) Ha recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado.**
- a) sí.
 - b) no.
 - c) tal vez

14) La limpieza bucal para niños con discapacidad mental debe realizarse:

- a) solos
- b) con la ayuda de los padres o un adulto
- c) no debe realizar la limpieza bucal
- d) no sé

15) ¿Qué es maloclusión?

- a) Enfermedad bucal causada por placa bacteriana.
- b) Mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí.
- c) Enfermedad contagiosa.
- d) no sé.

OFICINA DE SISTEMAS E INFORMATICA

ANEXO 04

EVALUACIÓN DE LA TESIS

El Jurado deberá:

- a. *Consignar las observaciones y objeciones pertinentes relacionados a los siguientes ítems.*
- b. *Anotar el calificativo final.*
- c. *Firmar los tres miembros del jurado.*

TESIS:.....
.....
.....

1. DE LAS GENERALIDADES:

El Título:

.....
.....

Tipo de Investigación:

.....
.....

2. DEL PLAN DE INVESTIGACIÓN:

Antecedentes:.....

Justificación:.....

Problema:.....

Objetivos:.....

Hipótesis:.....

Diseño de Contrastación:.....

Tamaño Muestral:.....

Análisis Estadístico:.....

3. RESULTADOS:.....

4. DISCUSIÓN:.....

- 5. CONCLUSIONES:.....
- 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....
- 7. RESUMEN:.....
- 8. RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN:.....
- 9. ORIGINALIDAD:.....
- 10. SUSTENTACIÓN:
 - 10.1 Formalidad:.....
 - 10.2 Exposición:.....
 - 10.3 Conocimiento del Tema:.....

CALIFICACIÓN:

(Promedio de las 03 notas del Jurado)

JURADO:	Nombre	Código	Firma
		Docente	
Presidente: Dr.....
Grado Académico:.....		
Secretario: Dr.....
Grado Académico:.....		
Miembro: Dr.....
Grado Académico:		

ANEXO 05

RESPUESTAS DE TESIS A OBSERVACIONES DEL JURADO

El tesista deberá responder en forma concreta a las observaciones del jurado a manuscrito en el espacio correspondiente:

- a. *Fundamentando su discrepancia.*
- b. *Si está de acuerdo con la observación también registrarla.*
- c. *Firmar.*

TESIS:.....
.....
.....

1. DE LAS GENERALIDADES:

El Título:

.....
.....

Tipo de Investigación:

.....
.....

2. DEL PLAN DE INVESTIGACIÓN:

Antecedentes:.....

Justificación:.....

Problema:.....

Objetivos:.....

Hipótesis:.....

Diseño de Contrastación:.....

Tamaño Muestral:.....

Análisis Estadístico:.....

3. RESULTADOS:.....

4. DISCUSIÓN:.....

5. CONCLUSIONES:.....

- 6. **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**.....
- 7. **RESUMEN:**.....
- 8. **RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN:**.....
- 9. **ORIGINALIDAD:**.....
- 10. **SUSTENTACIÓN:**
 - 10.4 **Formalidad:**.....
 - 10.5 **Exposición:**.....
 - 10.6 **Conocimiento del Tema:**.....

OFICINA DE SISTEMAS E INFORMATICA

.....

Nombre:

Firma: