



Horizonte Sanitario

ISSN: 1665-3262

horizontesanitario@ujat.mx

Universidad Juárez Autónoma de
Tabasco
México

Rueda Ventura, Marco Antonio; Isidro Olán, Laura
Estado de salud bucodental de niños con capacidades especiales del Centro de Atención
Múltiple No. 4
Horizonte Sanitario, vol. 13, núm. 3, septiembre-diciembre, 2014, pp. 233-237
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Villahermosa, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845147003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Estado de salud bucodental de niños con capacidades especiales del Centro de Atención Múltiple No. 4

Oral health status of children with special needs from the Multi Care Center # 4

Marco Antonio Rueda Ventura⁽¹⁾, Laura Isidro Olán⁽²⁾

Resumen

Objetivo: Determinar el estado de salud buco bucodental en niños con capacidades especiales del Centro de Atención Múltiple No. 4. **Material Y Metodos.** Se realizó un estudio observacional, prospectivo y transversal en el centro de atención múltiple no. 4, de Villahermosa, Tabasco, diseñándose un instrumento para determinar los índices de caries, obturados y perdidos, el estado de salud periodontal se determinó a través de la inspección clínica tomando en cuenta la presencia de inflamación gingival. Se utilizó el IHOS para determinar el grado de higiene bucal y para determinar las maloclusiones se utilizó la clasificación molar de Angle en dentición permanente y los planos terminales en dentición temporal. La población de estudio estuvo constituida por 48 infantes (19 del sexo femenino y 29 del sexo masculino) de edades entre 4-15 años. **Resultados.** El sexo femenino presentó una media de dientes cariados de 4.6%, la de dientes obturados fue de 3.3%, de dientes perdidos temporales fue de 1%, dientes perdidos permanentes 1%, extracciones indicadas 6.5%. Sexo masculino: Cariados 5%, Dientes Obturados 2.25%, Dientes perdidos permanentes 2.5%, Dientes Presentes 26.6%, Extracciones indicadas 3.3%. El 62% presentó gingivitis y el 78% presentó PDB. El 37% presentaron algún tipo de maloclusión.

Palabras clave: Salud bucodental, niños con capacidades especiales.

Summary

Objetivo: To determine the state of oral health in children with special capabilities at multiple attention center # 4.

MATERIALS AND METHODS. An observational, prospective, cross-sectional study was conducted in multiple attention center # 4 of Villahermosa, Tabasco. An instrument being designed to determine the rates of caries, sealed and lost. Periodontal health status was determined by clinical inspection taking into account the presence of gingival inflammation. The OHI was used to determine the level of oral hygiene and to determine the molar malocclusion Angle's classification in the permanent dentition and terminal planes in primary teeth was used. The study population consisted of 48 infants (19 females and 29 males) aged 4-15 years. **RESULTS.** Females presented a decayed average 4.6%, that of filled teeth was 3.3%, temporary missing teeth was 1%, permanent teeth lost 1%, 6.5% indicated extractions. Male: Decayed 5% 2.25% Sealed teeth, permanent teeth lost 2.5%, 26.6% Present Teeth Extractions indicated 3.3%. 62% had gingivitis and 78% presented oral plaque. 37% had some type of malocclusion.

Key words: oral health; children with special needs

⁽¹⁾ Cirujano Dentista, Estomatólogo Pediatra adscrito al Hospital de Alta Especialidad del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón". Secretaria de Salud.

⁽²⁾ Cirujano Dentista, Odontopediatra, Maestra en Ciencias en Salud Pública.

ARTÍCULO ORIGINAL

Fecha de recibido: 12 de marzo de 2014 **Fecha de aceptación:** 7 de octubre de 2014

Dirección para recibir correspondencia:

Servicio de Odontopediatría. Hospital de Alta Especialidad del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón". Secretaria de Salud. Av. Gregorio Mende Magaña 2832 Col. Atasta de Serra C.P 86100 VillaHermosa, Tabasco, Mexico.

Correo Electronico ruedav@hotmail.com

Introducción

El Instituto Nacional de estadística y geografía ⁽¹⁾ en marzo del 2011 hace referencia a que en México existen 5.1% de personas con discapacidad de los cuales el 50.1 % son mujeres y el 49.9 % son hombres y que de ellos el 1.6% se encuentran en el rango de edad entre 0-14 años.

Los niños con capacidades especiales son un grupo de riesgo que requieren cuidados dentales a edades tempranas, y es de gran importancia el apoyo e interés de los padres hacia la salud oral de sus hijos. Los principales problemas de salud bucal en estos niños son la caries dental, la enfermedad periodontal y las maloclusiones⁽²⁾.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica⁽³⁾ define a la discapacidad dental como la condición en la que: la caries dental, la enfermedad periodontal, los traumatismos dento alveolares y otras condiciones bucales sin tratamiento adecuado pueden limitar considerablemente el desarrollo del niño y su participación en las actividades cotidianas.

Se considera que un individuo tiene una discapacidad dental cuando el dolor dental, la infección, y la falta de una dentición estable y funcional:

1. Restringen la ingesta de nutrientes necesarios para las necesidades energéticas y de crecimiento.
2. Hay retraso u otras alteraciones del crecimiento y desarrollo.
3. Inhibe su participación en las actividades de la vida.
4. Disminuye su calidad de vida.

En el estudio descriptivo observacional realizado por Muñoz et al⁽⁴⁾ en el 2005 en Camagüey, cuya muestra estuvo constituida por 82 niños con retraso mental ligero, se encontró que la caries dental afectó al 81%, la enfermedad periodontal (gingivitis) al 73%, además que el 74% presentaba mala higiene bucal, el 82% tenía dieta cariogénica y su estado de salud bucal se encontraba gravemente afectado en el 89% de los casos.

Castañeda, Malta y Romero ⁽⁵⁾ en el 2009, en un estudio descriptivo realizado en la clínica del niño de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima, Perú, reportó un índice de Caries - Perdidos - Obturados en dientes permanentes (CPOD) 5.17, un índice de caries - extraídos - obturados de dientes temporales (ceod) de 7.89 y el 91.18% con un índice de higiene oral regular y malo.

Quijano y Díaz ⁽⁶⁾ en 2005 en Perú, en un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, con 42 niños Down presentaron una prevalencia de 70%, con un ceod = 4.36 Comparándolos con los niños sanos que reportó un 42% y 1.76 respectivamente.

Escribano, Hernández, Ruiz, Porteros en 2007⁽⁷⁾ evaluaron 108 pacientes de los que 51% (eran del sexo masculino) con una edad promedio de 31 años, el 67% presentaron discapacidad profunda de aprendizaje, 19% discapacidad y enfermedad mental, 11% parálisis cerebral y 3% autismo. Las patologías bucales encontradas fueron caries (86%), placa dental (71%). Los tratamientos más comúnmente realizados fueron extracciones (78%), profilaxis dental (75%) y obturaciones (67%).

En un estudio observacional realizado por Pereyra, Tello y Ochoa en 1998 (8) en niños con Síndrome Down en el estado de Yucatán con CPOD de 2.52 para todos los niños, predominando con 2.85 los varones y 2.24 las niñas.

Los factores de riesgo que desarrollan estas enfermedades discapacitantes son la mala higiene bucal, la dieta cariogénica y los hábitos bucales perniciosos; dichos factores pueden prevenirse brindando pláticas preventivas de salud bucodental y visitas odontológicas a las escuelas de niños con discapacidad cada 4 meses, para realizar enjuagues bucales y aplicación tópica de flúor.^(2, 9, 10)

Las pláticas preventivas de salud bucodental, son un método basado en la información de medidas preventivas y en la pedagogía participativa para lograr cambios cognoscitivos, de conducta y de estilos de vida.^(11, 12)

La dieta cariogénica es muy común en niños con deficiencias mentales, y esto se debe a que la familia, frecuentemente los complace con dulces y caramelos para brindarles sobreprotección y afecto.⁽¹³⁾

De modo general los niños con deficiencias mentales ofrecen resistencia a las maniobras llevadas a cabo para lograr una higiene bucal adecuada, esto se debe al grado de desarrollo cognitivo y trastornos psicomotores, así como a la falta de conocimiento y colaboración de los padres para realizar dichas maniobras. Se ha comprobado que la técnica de cepillado que utilizan los padres no logra el propósito de controlar la placa dentobacteriana para prevenir la caries dental y la enfermedad periodontal.^(13, 14)

Consideraciones actuales del tratamiento estomatológico en niños con discapacidad mental leve.

Los niños con retraso mental leve se caracterizan por la capacidad de desarrollar habilidades y actitudes para valerse por sí mismos, aprenden a leer, escribir y a realizar labores poco complejas, por lo que constituyen un grupo poblacional importante que requiere de atención estomatológica.^(15, 16)

El tratamiento de las lesiones bucodentales en los niños con afección del sistema nervioso central y retraso mental resulta difícil de realizar, y a veces es rechazado por los estomatólogos debido a los trastornos conductuales de estos pacientes. El profesional de la salud debe mostrar interés, paciencia, comprensión y un alto sentido humano, puesto que con estas características es posible el control de muchos de estos niños.⁽²⁾

En los niños con discapacidad mental los problemas de salud bucal son más severos por las anomalías dentales que presentan puesto que dificultan la higiene bucal adecuada, además la dieta blanda y las dificultades para el tratamiento odontológico incrementan la proporción de caries dental y contribuyen a que el estado de salud periodontal sea pobre.^(11, 14)

En cuanto a las maloclusiones, la prevalencia de la clase I es menor, mientras que la clase II y III es mayor en relación con los niños normales. En los niños con retraso mental es más frecuente la mordida abierta anterior seguida del apiñamiento inferior. La mal oclusión es uno de los problemas de salud bucal más importante en estos pacientes, ya que para ellos representa un problema emocional y por ende baja su autoestima, por lo que el Odontopediatra debe brindar un servicio de calidad elaborando un diagnóstico correcto y tratamiento ortopédico con el objetivo de lograr un mejor estado facial y bucal así como una aceptación social más favorable.^(12, 15)

Los procedimientos habituales de higiene bucal no logran el propósito de controlar la placa dental, prevenir la caries dental y la enfermedad periodontal, esta última puede causar la pérdida dental prematura, que es uno de los factores de riesgo en las mal oclusiones.⁽¹⁷⁾

Algunos aspectos en el tratamiento de niños con discapacidad mental:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que dos tercios de estos pacientes no reciben atención bucodental, otros únicamente reciben tratamientos curativos, y algunos se ven beneficiados con la

prevención.^(9, 18)

La terapéutica ideal con estos niños es comenzar con una buena higiene oral, seguido de los tratamientos curativos, así como asistir a pláticas de medidas preventivas. Algunos niños con discapacidad mental son afectivos y amigables, por lo que el odontólogo debe explicarles de una manera comprensiva los procedimientos y usar la técnica de decir, mostrar y hacer.⁽¹⁸⁾

Objetivos del tratamiento:

1. Lograr que los niños, padres y educadores conozcan y divulguen las medidas a seguir para proteger su salud bucal.
2. Detectar y controlar cualquier factor que predisponga a la aparición de problemas de salud bucal.
3. Control de la placa dentobacteriana.
4. Aplicación tópica de flúor mínimo cada 4 meses.

Para lograr un enfoque integral en el plan de tratamiento, éste debe estructurarse en cuatro fases:

- 1) Fase sistémica: hay pacientes que presentan enfermedades sistémicas y requieren de cuidados especiales para el tratamiento odontológico.
- 2) Fase preparatoria: para disminuir o controlar todos los factores que llevan a contraer enfermedades bucales., por ejemplo, control de la placa dentobacteriana, de dieta, de hábitos deformantes y uso de fluoruros
- 3) Fase restauradora: su finalidad es propiciar a los pacientes la recuperación de la forma y función de las estructuras bucales afectadas
- 4) Fase de mantenimiento: según el grado de riesgos para la salud bucal del paciente se programarán visitas de control cada 1, 2, 3, 4 ó 6 meses, para mejorar y reforzar los aspectos educativos y preventivos.⁽¹³⁾

Es por ello que la salud pública, en los programas de atención estomatológica, propone encaminar los esfuerzos a reducir la prevalencia de las enfermedades bucodentales mediante un incremento de las acciones preventivas.⁽¹⁹⁾

El objetivo principal de la promoción y la prevención es la educación para la salud, que consiste según la OMS, en la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de la salud del individuo, el colectivo y la sociedad.

Debe ser fundamentada en una pedagogía participativa y lograr no solo cambios cognoscitivos, sino cambios de conducta y de estilos de vida.^(19, 20)

El objetivo general determinara el estado de salud bucodental en niños con capacidades especiales del centro de atención múltiple no. 4

Metodología se realizó un estudio observacional, prospectivo y transversal en el centro de atención múltiple no. 4, de Villahermosa, Tab. Para la recolección de datos: Se diseñó un instrumento para determinar los índices de caries, obturados y perdidos para lo que se utilizaron índices individuales para cada una de las variables; el estado de salud periodontal se determinó a través de la inspección clínica tomando en cuenta la presencia de inflamación gingival. Se utilizó el IHOS para determinar el grado de higiene bucal. Para determinar las maloclusiones se utilizó la clasificación molar de Angle en dentición permanente y los planos terminales en dentición temporal.

Resultados

- **Índices de caries, obturaciones y dientes perdidos:** el sexo femenino presentó una media de dientes cariados de 4.6%, la de dientes obturados fue de 3.3%, de dientes perdidos temporales fue 1%, dientes perdidos permanentes 1%, extracciones indicadas 6.5%. En cuanto a los dientes presentes en boca, el rango mínimo fue de 6 y el máximo de 28 con una media de 23.2%. Sexo masculino: Cariados 5%, Dientes obturados 2.25%, Dientes perdidos permanentes 2.5%, Dientes presentes 26.6%, Extracciones indicadas 3.3%.
- **Índice de higiene oral.** el 22% no presentó PDB, 27% presentó menos de 1/3, 27% presentó más de 1/3 y el 24% restante presentó placa dentobacteriana en más de 2/3.
- **El estado de salud periodontal** reportó que el 62% de la población estudiada presentó *gingivitis*, de los cuales el sexo femenino tuvo una incidencia de 42% seguido del 20% del sexo masculino.
- **Maloclusiones:** En este rubro, la población del sexo femenino presentó Clase I en 47.5%, Clase II en el 10.5% y Clase III en el 21%. El 21% restante presentaron otro tipo de oclusión (escalones mesial, distal y recto). La distribución para el sexo masculino fue: Clase I (72%), Clase II (3%) y Clase III (7%). El resto de la población estudiada (17%) presentó otro tipo de oclusión (escalones mesial, distal y recto).

Discusión

En este estudio se obtuvo un índice grupal COP de 7.26 que es considerablemente mayor al índice más alto reportado por la OMS (6.6) La elevada prevalencia de enfermedades bucales encontrada en niños con capacidades especiales, coincide con autores como

Correa (13), Pírela de Manzano(10) y Gabber(17), sobre todo si se compara con pacientes normales. Hernández Pereira(8), y que la gingivitis se establece temprano, es más extensa y se desarrolla más rápido. Por otro lado, la caries dental es una enfermedad que presenta una prevalencia más discreta, y se asocia con los conocimientos de la familia con respecto a las medidas preventivas de esta enfermedad.(18, 21)

Esto se puede explicar si se tienen en cuenta las dificultades para llevar a cabo la higiene bucal en estos pacientes, así como la falta de motivación e imposibilidad de solicitar asistencia estomatológica frecuente en ellos. (13, 22)

Conclusión

“El hábito desde pequeño hace más fácil llegar a la meta”. Es necesario y muy importante en este tipo de pacientes que la educación comience desde edades tempranas para desarrollar los hábitos que permitan el mantenimiento de la salud del niño a través de toda su vida y que las actividades educativas y preventivas se realicen de forma sistemática y periódica.⁽¹⁹⁾

Los principales factores de riesgo para la salud bucal en estos niños son la higiene bucal deficiente y la pobre educación higiénico-sanitaria.⁽¹¹⁾

De modo general los niños con deficiencias mentales son resistentes en cuanto a las posibilidades de lograr una higiene bucal adecuada, debido al desconocimiento y falta de colaboración por parte de los padres. Se ha comprobado que la técnica de cepillado que utilizan los padres no logra el propósito de controlar la placa dental y prevenir la caries dental, ni la enfermedad periodontal. (13, 14)

La formación de hábitos beneficiosos para la salud oral, entre ellos la higiene bucal adecuada, tienen gran importancia ya que constituyen elementos de la cultura sanitaria y acciones que, desde el punto de vista de protección de la salud, se transforman en necesidades del individuo y se ejecutan con habitual regularidad; es por ello que una buena parte de los esfuerzos debe dirigirse a educar a estos niños, y en esta tarea deben participar no sólo los trabajadores de la salud, sino también los padres y educadores.⁽¹⁹⁾

Que la salud bucal de los discapacitados es significativamente peor que la de la población normal, pues existe una prevalencia universal de la enfermedad periodontal y una higiene bucal más pobre.⁽⁹⁾

Referencias Bibliográficas

1. INEGI. Nacimientos. 2010; Available from: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mapatematico/MexicoC.aspx?mapaEnc=5CAoADBEA1A27D9376DA68E11135F552EF77B446C764E17BC89581F24E1F2136080C17E16BF446180D708E60B39195DE2503>.
2. A. ZPd, A. R. A beneficencia de atención odontológica a crianzas portadoras da Síndrome de Down del cuidado Odontológico. 1999;35(1-2):39-49.
3. Committee, Committee CA. <D_DentalDisability.pdf>. American Academic of Pediatric Dentistry. 2012;34(6).
4. Liset MF, Sury AH, Carmen RG, Rosa HGC. DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCAL EN NIÑOS CON RETRASO MENTAL LIGERO. Archivo Médico de Camagüey. 2005;9(4).
5. María. CM, Luis. MV, Mariela. RV. Caries dental e higiene bucal en pacientes atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional mayor de san Marcos. Odontol Sanmarquina. 2009;12(1):18-21.
6. GM Q, Díaz-Pizán M. Caries dental en niños pre-escolares con síndrome de Down. Rev Estomatol Herediana. 2005;15(2):128 - 32.
7. Alfonso EH, Tomás HC, Eduardo RM, Andrés PSJ. Results of a dental care protocol for mentally handicapped patients set in a primary health care area in Spain. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007;12(7):492-5.
8. R. HPJ, Teresita. TL, Gabriela. OR. Alteraciones bucales en niños down. Rev ADM. 1998;LV(2):91-6.
9. N. TC, A. RC. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. . Rev Cubana Estomatólogo. 2001;38(3):181-91.
10. Pírela de Manzano MA, CR. S, MA. M. Patología bucal prevalente en niños excepcionales. Acta Odonto Venez. 1999;37(3):193-8.
11. N. MFC. Conceptos de educación y promoción de organizaciones. Rev Saúde Pública. 1997;31(2):10-2.
12. C. CR, B. CS, A. CA, A. GH, GM. RM, G. SR. Educación para la salud en la escuela. Ciudad de La Habana2000.
13. MS. C. Odontopediatria de la primera infancia. Sao Paolo1999.
14. J. BM. Operatoria dental. 3ed, editor. Buenos Aires1999.
15. JM MC, JM. A. Maloclusiones dentarias en una población con retraso mental. RCOE. 2001;6(2):149-54.
16. 5. CMdSPDNdECdIHmp.
17. P. G, T. M, L. G. Longitudinal study of dental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intern electoral disability. Eur J Oral Sir.2001(109(1)):20-6.
18. ME. I, A. ZM, Sánchez L MN. Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México: Estudio de seguimiento longitudinal. Rev ADM. 2001;58(3):99-104.
19. O. CS, MR. SA. Que haya más salud en la educación para la salud. . Ciudad de la Habana MINSAP. 1998:4-22.
20. DP. AD, Casas López GP, DG. GP, GL. SR, S. JL, J. HE. Capacitación en salud oral a través de una metodología participativa con promotores y líderes en salud comunitaria en los municipios de Tabeo. Revista de la Federación Odontológica Colombiana. 1998;194:83-9.
21. RJ. H, DL. C, PA. M, A. J, JJ. D. Oral hygiene knowledge of high-risk grade in children: an evaluation of two health education. . Community Dent Oral Epidemiology. 2000;28(5):336-43.
22. C. R. El problema de salud bucodental de los pacientes discapacitados y/o especiales en América Latina. Rev Fola Oral. 1997;3(9):162-5.