

Diagnóstico de salud bucal en niños con retraso mental ligero

Mouth care diagnosis in children with mild mental retardation

Dra. Liset Muñoz Fernández; Dra. Sury Arias Herrera; Dra. Carmen Romero González; Dra. Carmen Rosa Hidalgo García

Clínica Estomatológica Provincial Docente Ismael Clark y Mascaró. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

La atención a discapacitados es cada día más importante, por ello se realizó una investigación con el objetivo de acercarnos a la problemática de salud bucal de niños con retraso mental ligero. Se efectuó un estudio observacional y descriptivo causal en dos escuelas especiales del municipio Camagüey, desde septiembre de 1999 a abril de 2001. La muestra estuvo constituida por 87 niños, a los que se le determinó el diagnóstico de salud bucal y educativo, este último mediante técnicas afectivo-participativas. Se realizó estadística descriptiva con distribución de frecuencia en cantidades absolutas y por ciento, y estadística inferencial a través de tablas de contingencia con la prueba chi-cuadrado y de hipótesis de proporciones. La alta prevalencia de enfermedades bucales estuvo influenciada por la presencia de numerosos factores de riesgo, por lo que un gran número de niños se clasificó como gravemente afectado.

DeCS: SALUD BUCAL; DIAGNÓSTICO BUCAL; RETARDO MENTAL; NIÑO.

ABSTRACT

As care of the mentally disable is growing in importance, an observational descriptive, causal study was conducted at two schools for the mentally disable of the Municipality of Camagüey from September 1999 to April 2001. The 87-schoolchild sample was subject to oral hygiene awareness diagnosing through affection giving techniques that fostered involvement. A descriptive statistical report (that sorted frequency rate figures by absolute quantity and percentages) was presented in conjunction with an inferential statistic report that included square chi contingency charts and ratio hypotheses. High prevalence of mount diseases was influenced by risk factors. So a large number of schoolchildren were classified as `seriously ill.

DeCS: ORAL HEALTH; DIAGNOSIS ORAL; MENTAL RETARDATION; CHILD.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes especiales, por sus limitaciones, exigen maniobras y personal de ayuda particular, dentro de ellos se encuentran los que tienen un insuficiente desarrollo de la psiquis con un rendimiento subnormal, sobre todo intelectual, de carácter estable e irreversible que dificulta su adecuada inserción social, lo que se define como retraso mental.^{1, 2}

En Cuba un cuarto de millón de la población padece en alguna medida de este problema, los cuales son diagnosticados según los criterios clínicos, psicométricos y socioescolar, además se clasifican en leves o ligeros, moderados, severos o graves y profundos.¹⁻³

Los retrasados mentales leves 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, sin embargo, tienen una memoria pobre, se muestran intranquilos y son los que más necesitan de atención médica, por lo que constituyen un grupo priorizado de atención estomatológica.^{3, 4}

Los principales problemas de salud bucal en estos niños son la caries dental, la enfermedad periodontal y las maloclusiones.⁵ Algunos autores coinciden en que la prevalencia y severidad de estos problemas son elevadas y ocasionan mayores trastornos que en niños normales.⁶⁻⁹

Los factores de riesgo que influyen principalmente en la aparición de estas enfermedades son la mala higiene bucal, la dieta cariogénica y los hábitos deformantes, todos ellos modificables con una buena educación sanitaria.^{5, 10}

La educación sanitaria contribuye a la formación de hábitos beneficiosos para la salud bucal, se basa en la información higiénica sanitaria y en la pedagogía participativa para lograr cambios cognoscitivos, de conducta y de estilos de vida. ^{11,}
¹²

En indagaciones preliminares realizadas en las escuelas Nguyen Van Troy y Carlos Rodríguez Careaga se comprobó que la atención estomatológica recibida por estos escolares se centra en lo curativo y se marginan los aspectos educativos y sociales que conllevan a la atención integral de estos pacientes, donde es imprescindible un mayor acercamiento a la problemática de salud de esta población. Es por ello que se realiza esta investigación, con el objetivo de determinar los principales factores de riesgo y problemas de salud bucal en un grupo de niños con retraso mental ligero.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional y descriptivo causal en niños con retraso mental ligero de las escuelas especiales Nguyen Van Troy y Carlos Rodríguez Careaga del municipio Camagüey, desde septiembre de 1999 hasta abril de 2001 por cuatro estomatólogos generales, con la colaboración de técnicos de atención estomatológica (TAE) y defectólogos. Se establecieron coordinaciones con el MINED municipal y las direcciones de cada escuela para definir los locales y horarios más adecuados, así como con las clínicas estomatológicas Ignacio Agramonte e Ismael Clark y Mascaró para realizar en ellas la historia clínica estomatológica individual y el control de placa dentobacteriana (CPDB) a los niños. El universo estuvo constituido por 241 niños matriculados en estas escuelas. El tamaño de la muestra se calculó según el paquete estadístico EPIDAT, se aceptó un error absoluto de 0,07, con una confiabilidad del 95 % y quedó constituida por 82 niños seleccionados según muestreo aleatorio del listado de cada grupo y de acuerdo a los criterios de inclusión, que fueron menores de 15 años, retraso mental ligero y dispuestos a cooperar.

Para realizar el diagnóstico de salud bucal se confeccionó la historia clínica estomatológica individual. Se tuvieron en cuenta los principales problemas de salud bucal en menores de 15 años, así como las características clínicas. ¹³⁻¹⁶

En los departamentos de consejería de salud bucal, los TAE le realizaron el CPDB a cada niño para calcular el índice de Análisis de Higiene de Love. (IAH de Love) Se recogieron de las historias clínicas los siguientes datos: edad, presencia de hábitos deformantes bucales, tipo de dieta, número de dientes cariados, obturados y perdidos en dentición permanente y número de dientes cariados, obturados e

indicados para exodoncia en la temporal, se calcularon los índices ceo-d y COP-D de acuerdo con la metodología establecida. Se tomó el valor del ÍAH de Love y de acuerdo con éste la higiene bucal se consideró buena cuando el valor fue de 20 % o menos y mala por encima de éste. Además, se recogieron los diagnósticos de salud bucal.

Se estableció una clasificación del estado de salud bucal de estos niños, según criterios de expertos, se tuvo en cuenta:

I. Número de enfermedades bucales presentes:

- Levemente afectado (LA), los niños con un solo problema de salud bucal.
- Afectado (A): niños con dos problemas de salud bucal.
- Gravemente afectado (GA): niños con tres o más problemas de salud bucal.

II. Valores de los índices ceo-d y COP-D:

- Levemente afectado (LA): índices < 2
- Afectado (A): índices de 2 a 4.
- Gravemente afectado (GA): índices > 4
- Se tuvieron en cuenta estos aspectos por separado y finalmente se tomó la clasificación de mayor gravedad.

Para obtener la información higiénico sanitaria bucal (IHSB) de los niños se aplicaron las técnicas "La Tendedera" y "La Ronda" (Anexo 1).

Técnicas para evaluar la información higiénica sanitaria bucal de los niños

1. La "Tendedera"

El estomatólogo o promotor de salud prepara previamente en hojas o cartulinas los contenidos que desea asociar, cada hoja constituye una "pieza de ropa" y debe preparar algunas "piezas sucias", o sea, cuestiones que no tengan relación. Luego se distribuyen las piezas entre los niños. El estomatólogo cuelga una "pieza" y hace la pregunta, los niños buscan entre sus hojas cuáles son las que guardan relación, responden la pregunta y la sitúan al lado de la "pieza", se puede debatir si es correcto o no.

2. "La Ronda"

El estomatólogo o promotor de salud prepara papelógrafos o pancartas con determinadas preguntas expresadas en forma gráfica. Estos papelógrafos se colocarán en las paredes del local a 2 ó 3 m uno del otro. Cada niño realiza una ronda por el local y se sitúa ante cada uno de los carteles, tratará de responder lo que se le pregunta, se evalúa su respuesta, la que al final podrá debatirse.

El contenido de las láminas se ajustará a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el mejor amigo de tus dientes?
2. ¿Cuántas veces al día debes cepillar tus dientes y encías?
3. ¿En qué forma te cepillas?

4. ¿Cuáles de estos alimentos pueden dañar tu salud?
5. ¿En qué momentos del día es más dañino comer alimentos azucarados?
6. De estos comportamientos, ¿cuáles dañan tu salud bucal?
7. ¿Cuándo debes visitar al dentista?
8. ¿Cuáles de estas personas te pueden ayudar a cuidar tu salud bucal?

La información se consideró satisfactoria cuando el niño alcanzó de seis a ocho puntos y no satisfactoria con menos de seis, según la clave de respuesta y evaluación (Anexo 2).

Clave de respuesta y evaluación de la IHSB de niños y padres

Se le asigna un punto a cada respuesta correcta. Luego, se suman todos los puntos para ver el total de posibilidades y a ese valor se le halla el 70 % que corresponde con la categoría de satisfactoria.

Nº de puntos total -----100 %

X puntos----- 70 %

Nº de puntos total x 70

X= -----100

Escala:

0 _____ 70 _____ 100

No satisfactorio

Satisfactorio

Luego, se hace la tabulación de errores de las preguntas.

Los datos obtenidos fueron procesados y se realizó estadística descriptiva con distribución de frecuencia en cantidades absolutas y por cientos, y estadística inferencial a través de tablas de contingencia con la prueba de chi- cuadrado y de hipótesis de proporciones. ($p < 0.05$).

RESULTADOS

Al diagnosticar los problemas de salud bucal en los niños estudiados, se encontró que la caries dental afectó al 81 % y la enfermedad periodontal (gingivitis) al 73 % (Tabla 1).

Tabla 1. Principales problemas de salud bucal en niños con discapacidad mental leve

Problemas de salud bucal	Afectado		No afectado	
	N.	%	N.	%
Caries dental	71	81	16	19
Enfermedad periodontal	64	73	23	27
Maloclusiones	57	65	30	35

Fuente: Historia clínica estomatológica

Al clasificar los niños según su estado de salud bucal, todos estaban afectados, excepto dos. El 54 % resultó gravemente afectado y de ellos el 89 % presentó una información higiénica sanitaria bucal no satisfactoria. Este factor influyó en el estado de salud bucal de los niños estudiados con una dependencia estadísticamente significativa entre ambas variables. ($P=171.7E-5$) (Tabla 2).

Tabla 2. Relación entre el estado de salud bucal y la información higiénica sanitaria de los niños

Estado de salud bucal	Información higiénico sanitaria bucal				Total	
	Satisfactoria		No satisfactoria		N.	%
	N.	%	N.	%		
Levemente afectado	8	80	2	20	10	12
Afectado	12	42	17	58	29	34
Gravemente afectado	5	11	41	89	46	54
Total	25	30	60	70	85	100

Fuente: Historia clínica estomatológica y diagnóstico educativo

P=171.7E-5

Los factores de riesgo más frecuentes en estos niños fueron la dieta cariogénica (82 %) y la mala higiene bucal (74 %) (Tabla 3).

Tabla 3. Factores de riesgo para la salud bucal en niños con retraso mental leve

Factores de riesgo	Presencia			
	Si		No	
	N.	%	N.	%
Mala higiene bucal	64	74	23	26
Dieta cariogénica	71	82	16	18
Hábitos deformantes	53	61	34	39

Fuente: Historia Clínica Estomatológica.

DISCUSIÓN

La elevada prevalencia de enfermedades bucales encontrada en estos niños, coincide con autores como Correa,⁹ Pirela de Manzano¹⁰ y Gabre,¹⁷ sobre todo si se compara con pacientes normales. Hernández Pereira¹⁸ describe que la inflamación gingival 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, pero no despreciable y se asocia entre otras cosas, con los conocimientos de la familia con respecto a las medidas preventivas de esta afección, aspectos que coinciden con lo hallado en la literatura.¹⁹⁻²¹ 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.^{1, 5}

En el estado de salud bucal de estos niños influyó la información higiénica sanitaria no satisfactoria. Esto se debe a que en la práctica diaria la educación para la salud en ellos es insuficiente, lo que se corresponde con lo planteado por otros investigadores como Elio Zans ⁷ y Martins Ferreira. ¹¹

Con respecto a los factores de riesgo para la salud bucal, los resultados obtenidos se corresponden con estudios similares de Abreu. ²²

La dieta cariogénica es muy común en niños con deficiencias mentales, pues la familia para superar las frustraciones causadas por ellos, frecuentemente los complacen con dulces y caramelos para brindarles sobreprotección y afecto. ⁹

De modo general los niños con deficiencias mentales son resistentes en cuanto a las posibilidades de lograr una higiene bucal adecuada, debido a desconocimiento e incapacidad técnica, agravadas por la falta de colaboración. En la mayoría de ellos se ha comprobado que los procedimientos habituales de higiene bucal no logran el propósito de controlar la placa dental y prevenir la caries dental, así como la enfermedad periodontal, fundamentalmente por el papel determinante que tiene la misma en la causa de ambas afecciones. ^{9, 13}

Estos patrones de conducta pueden ser modificados a través de actividades de educación para la salud, dirigidas a estos niños, sus padres y otras personas vinculadas con ellos. ¹²

CONCLUSIONES

Más de la mitad de los niños presentaron caries dental, enfermedad periodontal y maloclusiones. Un gran número de niños se clasificó como gravemente afectado, y de ellos la mayoría no tenía información higiénica sanitaria bucal satisfactoria. La mala higiene bucal y la dieta cariogénica fueron los factores de riesgo que predominaron en estos niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tan Castañeda N, Rodríguez Calzadilla A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. Rev Cubana Estomatol. 2001;38(3):181-91.
2. Castro López G. Clínica del retraso mental. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1984.

3. Clavijo Portieles A, Rodríguez Sánchez J, Alonso Betancourt D, Delgado Rodríguez L, Alonso García O. Manual de psiquiatría para el médico de la familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1989.
4. Sosa Rosales M de la C, Mojaiber de la Peña A, González Ramos RM, Gil Ojeda E. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2002.
5. Zarzar PMP de A, Rosemblat A. A beneficencia e atencao odontológica as crianzas portadoras da Síndrome de Down na cidade do Recife. Arq Odontol. 1999;35(1-2):39-49.
6. Di Nasso P. Cuidado dental del niño con discapacidad. Rev Asoc Argent de Odontología p/ niños. 2001;30(4):21-4.
7. Elio Zans JJ, Pernia J. Estudio epidemiológico bucodentario en pacientes con parálisis cerebral. Parte II. Higiene oral. Rev ct Odontoestomatol Española. 1994;54(437):35-9.
8. Montil Company JM, Almerich Silla JM. Maloclusiones dentarias en una población con retraso mental. RCOE. 2001;6(2):149-53.
9. Correa MS. Odontopediatría na primeira infancia. Sao Paulo: Livraria Santos Editora;1999.
10. Pirela de Manzano MA, Zalazar CR, Manzano MA. Patología bucal prevalente en niños excepcionales. Acta Odontol Venez. 1999;37(3):193-8.
11. Martins Ferreira Corderos N. Conceitos de educacao e promocao organizacionais. Rev Saúde Pública. 1997;31(2):10-2.
12. Carvajal Rodríguez C, Castellanos Simón B, Cortés Alfaro A, González Hernández A, Rodríguez Meno GM, Sanabria Ramos G, et al. Educación para la salud en la escuela. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2000.
13. Barrancos Money J. Operatoria dental. 3ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1999.
14. Carranza FA, Sznajder NG. Compendio de periodoncia. 5ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1996.
15. Cabaña Lores C, Masson Barceló R, Valverde Martín L, Valdez Álvarez R, Cubero Menéndez W, Soto Cantero L, et al. Temas de la asignatura Ortodoncia Estomatología Infantil. Parte I. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1996.
16. Garrigó Andreu MI, Sardiñas Alayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, Fuentes Valido J, et al. Guías de práctica clínica. Caries dental. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.

17. Gabre P, Martinsson T, Gahnberg L. Longitudinal study of dental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intellectual disability. *Eur J Oral Sci*. 2001;109(1):20-6.
18. Hernández Pereira 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.
19. Hawkins RJ, Zanetti DL, Main PA, Jakovich A, Dwyer JJ. Oral hygiene knowledge of high-risk grade in children: an evaluation of two health education. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000;28(5):336-43.
20. Meigar Hermoza RA. Caries de la infancia temprana según determinantes sociodemográficos conductuales y relacionados a la transmisión de microorganismos. *Bol Asoc Argent Odontol p/ niños*. 2003;32(3):8-14.
21. Irigoyen ME, Zepeda Marco A, Sánchez L, Molina N. 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.
22. Abreu MHNG. Portadores de deficiencias: de incapaces a participantes co-asistido no promoção da saúde bucal. *Rev Belo Horizonte*. 1999:145.

Recibido: 27 de octubre de 2004

Aceptado: 30 de noviembre de 2004

Dra. Liset Muñoz Fernández. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesora Asistente. Clínica Estomatológica Provincial Docente Ismael Clark y Mascaró, Camagüey, Cuba. liset@finlay.cmw.sld.cu