

ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN DISCAPACITADOS INSTITUCIONALIZADOS

Dr. RUBENS A. DEMICHERI*

Palabra Clave:

Discapacitados - Minusválidos - Retardo Mental.

INTRODUCCION

La acción odontológica fundamental para asegurar la buena salud dental de nuestros pacientes es el tratamiento preventivo.

Para los individuos física, mental o sensorialmente discapacitados un Programa Odontológico Preventivo es particularmente importante pues este grupo está afectado por factores sociales, económicos, físicos y médicos que hacen que el tratamiento dental rehabilitador sea difícil y poco accesible.

Debido a varios factores asociados, como ser la disminución del índice de mortalidad infantil, el grupo de discapacitados aumenta su número en nuestra sociedad y hace cada vez más evidente sus necesidades especiales. En el Uruguay la tasa de mortalidad de menores de un año en mil nacimientos vivos fue en 1986 de 27.7 (dato proporcionado por la Organización Panamericana de la Salud). Los países con mayor disponibilidad económica o más sensibles a este problema han dispuesto programas preventivos más o menos extensos. En EE.UU.

existen aproximadamente 9 millones de individuos que sufren algún tipo de discapacidad, el 3% de la población presenta algún grado de retardo mental, el 1.5 de 1.000 nacimientos presenta Síndrome de Down (aproximadamente 12.000 niños por año) y representan el 10% de los individuos con retardo mental que viven en instituciones especiales (2). Este grupo presenta patologías comunes a los individuos considerados normales: enfermedad periodontal, caries dental, maloclusiones, bruxismo y traumatismos. Se considera que el porcentaje de individuos discapacitados que presentan maloclusiones es el doble de la población en general (2). Hay coincidencia en que existe mayor prevalencia de enfermedad periodontal en la población de individuos discapacitados. En cambio hay discrepancia entre los reportes de diferentes investigadores de la incidencia y prevalencia de caries dental en discapacitados comparados con la población no minusválida (5). Existen estudios que demuestran un mayor porcentaje de defectos del desarrollo en el 1er. molar permanente de individuos discapacitados comparados con individuos normales (25.8% a 4.55%), siendo mayor el porcentaje en los individuos con retardo mental (9). En Japón, estudios de incidencia de caries dental demuestran que el grupo de los individuos institucionalizados es el más afectado (4).

Mientras que la incidencia de caries dental es mayor en los individuos internados en institutos para retardo mental que en los que se encuentran en institutos para minus-

* Dirección: Enrique Martínez 1410.
Tel. 29 31 74.

TABLA 1		
	EDAD	Nº DE INDIVIDUOS
GRUPO A	2-5 años	7
GRUPO B	6-20 años	14
GRUPO C	20-33 años	6
TOTAL A-B-C	2-33 años	27

validez física (8).

En un estudio comparativo entre niños con Síndrome de Down y niños normales entre los 13 y 60 meses de edad se encontró que el porcentaje de niños discapacitados con inflamación gingival era cuatro veces mayor que el de niños normales (11).

Debido a la falta de datos sobre la salud dental de este grupo en nuestro medio, se decidió realizar un estudio epidemiológico descriptivo en la población minusválida de un centro privado de enseñanza especial para el retardo mental. Al mismo tiempo y con consentimiento de padres y responsables se desarrolló un programa de asistencia odontológica preventiva basada en la instauración de correctas medidas de higiene oral y aplicación diaria de fluoruro. Se evaluó el grado de aceptación por parte del paciente y maestros, y la posibilidad de integrar el uso del cepillo dental en las actividades normales del individuo dentro del centro educativo.

MATERIALES Y METODOS

De la población que concurre a este instituto se seleccionaron al azar 27 individuos (60% del total), 16 varones y 11 mujeres. El individuo de mayor edad era de 33 años y el de menor edad de 24 meses. Todos los pacientes presentaban retardo mental profundo combinado con otras formas de minusvalidez. Por el grado de retardo mental estos individuos poseen falta de control neuromuscular y tienen dificultad en el aprendizaje de funciones básicas como control de esfínteres, deglución, masticación, etc.

En el instituto de acuerdo al grado de desarrollo están divididos en grupos poco numerosos y se cuenta con la asistencia de dos maestras especializadas por grupo.

Los individuos se dividieron para su estudio en tres grupos etarios: Grupo A (menores de 6 años), 7 niños; Grupo B (de 6 años cumplidos hasta 20 años), 14 individuos; y Grupo C (mayores de 20 años), 6 individuos. (Tabla 1). Se estudió el estado general de salud oral tomando en consideración: estado de salud dental del 2do. molar caduco en el grupo A y del 1er. molar permanente en los grupos B y C, presencia o ausencia de maloclusión, y calidad de higiene oral. La salud dental fue evaluada mediante la obtención del Índice CPOD de Klein y Palmer en los grupos B y C, y del Índice CEO en el grupo A. Para su cómputo "C" correspondió a toda pieza de la serie con cavidad cariosa susceptible de tratamiento, visualizable con la ayuda de espejo y sonda, bajo iluminación natural, con el individuo acostado sobre una colchoneta. "P" (CPO) correspondió a toda pieza perdida por caries o a restos radiculares con extracción indicada "O" correspondió a toda pieza obturada con material temporario o permanente "E" (CEO) correspondió a restos radiculares de 2dos. molares caducos con extracción indicada (1). El Índice de Maloclusión se diagnosticó siguiendo el sistema de Grainger (1) modificado donde el índice de maloclusión corresponde al porcentaje de individuos que tienen una o más de las siguientes anormalidades de oclusión: a) apiñamiento severo; b) overjet o sobremordida anormales; c) mordida abierta; d) anomalías congénitas; e) relación anteroposterior anormal entre los maxilares y f) mordida cruzada.

La higiene dental de los individuos fue evaluada como insatisfactoria o satisfactoria; donde higiene insatisfactoria correspondía a la presencia de placa dental susceptible a simple vista en todas las superficies vestibulares de los incisivos superiores e inferiores, pasible de ser removida me-

TABLA 2		
	CEO/Individuo	% TOTAL
GRUPO A	2.2	56.5
	CPO/Individuo	% TOTAL
GRUPO B	3.7	92.8
GRUPO C	3.3	83.3
TOTAL B-C		90

TABLA 3

	MAL OCLUSION		OCLUSION NORMAL		TOTAL
	Nº Ind.	%	Nº Ind.	%	
GRUPO A	6	85	1	15	7
GRUPO B	11	78.5	3	21.5	14
GRUPO C	6	100	—	—	6
TOTAL A-B-C	23	85.1	4	14.9	27

dian­te una sonda, e higiene satisfactoria co­respon­día a la ausencia de placa dental, en el sector antes mencionado, evidenciable bajo visión directa.

Se entrenó en impartir higiene correcta a las maestras encargadas de grupo. El entrenamiento consistió en el manejo de la posición del individuo durante la profilaxis, manejo del aparato bucal e identificación de sus estructuras y correcto método de higiene mediante cepillo dental. Se instruyó en la aplicación de fluoruro de sodio en forma de gel en cantidad aproximada de 1 mg a 1 mg y medio en forma tópica. El gel fluorado se distribuyó en todas las piezas dentales. De esta manera el suministro se realizó en forma tópica y como no se tomaron precauciones en cuanto a la ingesta del gel por parte del individuo, el suministro fue también sistémico.

Se estimuló al individuo para que realizase el autocepillado de sus estructuras dentales. Para esto se adecuó la forma del mango del cepillo dental en los casos que así se requería y se trabajó con los individuos de mayor edad realizando la higiene en forma grupal (Grupo C). En los individuos de menor edad se estimuló a que jugaran con el cepillo y lo mantuvieran dentro de su boca (Grupos A y B). La evaluación de la posibilidad de autohigiene fue realizada en forma subjetiva por parte de los maestros y del odontólogo. La profilaxis y fluoroterapia se realizó diariamente 5 días a la semana durante 60 días y se aconsejó a los padres que continuasen el tratamiento durante el fin de semana. Se evitó, en los casos que correspondía, que los padres o responsables administraran cantidades suplementarias de fluoruro superpuestas a la aplicación por parte del personal del instituto. La aceptación de la profilaxis dental y fluorotopica-

ción por parte de los maestros se evaluó mediante un cuestionario oral. Este cuestionario fue realizado por el odontólogo en entrevistas personales con los maestros. Se evaluó también la aceptación de la profilaxis oral y la aplicación de fluoruro por parte del sujeto. El estudio fue llevado a cabo por un odontólogo y una asistente dental, en colaboración con los maestros encargados de clase.

RESULTADOS

En el grupo A se constató que los individuos menores de cuatro años no presentaban los 2dos. molares caducos erupcionados. De la muestra inicial se estudiaron cuatro individuos. De este grupo el CEO del 2do. molar caduco por individuo fue de 2.2 y el comportamiento porcentual del índice CEO = 56.5%. En el grupo B se constató un CPOD del 1er. molar permanente por individuo de 3.7 (comportamiento porcentual del índice CPOD = 92.8%). Del índice CPOD de este grupo la categoría de Perdidos fue de 51.9%, cariados = 48.1%. En el grupo C se obtuvo un CPOD (1er. molar permanente) de 3.3 (comportamiento porcentual del índice CPOD = 83.3%). En este grupo el CPOD se distribuyó de esta forma: Perdidos = 95% y Cariados = 5%. El comportamiento porcentual del índice CPOD de ambos grupos fue de 90%. (Tabla 2).

En el grupo A de 7 individuos se constató maloclusión en 6 (85.7%). En el grupo B de 14 individuos 11 (78.5%) presentaban maloclusión. En el grupo C los 6 individuos que lo integraban presentaban maloclusión (100%). (Tabla 3).

De los 27 individuos estudiados 20 presentaban higiene oral insatisfactoria (74.0%)

distribuidos de esta forma: Grupo A = 57.1%; Grupo B = 71.4%, Grupo C = 100% (Tabla 4).

Se constató en los maestros la aceptación de las medidas preventivas impuestas, que pasaron a formar parte de la rutina del intituto. En cuanto a la posibilidad de autohigiene por parte del individuo, en el grupo A no se obtuvo resultado favorable debido al mínimo grado de desarrollo mental determinado por la edad y por la falta casi total de relación con el medio. En el grupo B debido al grado de retardo mental la mayoría de los individuos sólo alcanzaban a empuñar el cepillo dental. En el grupo C la mayoría de los individuos empuñaba los cepillos con mango adaptado, lo llevaban a la boca y por imitación barrían las superficies vestibulares de dientes anteriores preferentemente. Debido al déficit mental y motor de los individuos, no se consiguió en ningún caso que realizaran su autohigiene en forma correcta. Para gran cantidad de los individuos del total la higiene oral mediante el cepillo dental fue una experiencia nueva y respondieron rechazándola; pero al cabo de 15 días de trabajo diario se evidenció que la actitud cambiaba favorablemente.

DISCUSION

Los resultados obtenidos muestran una situación de salud dental deficitaria entre los individuos estudiados.

El estudio de los índices CEO y CPOD nos muestran falta de control y atención odontológica. El mayor porcentaje de Perdidos del índice CPOD nos indica que el

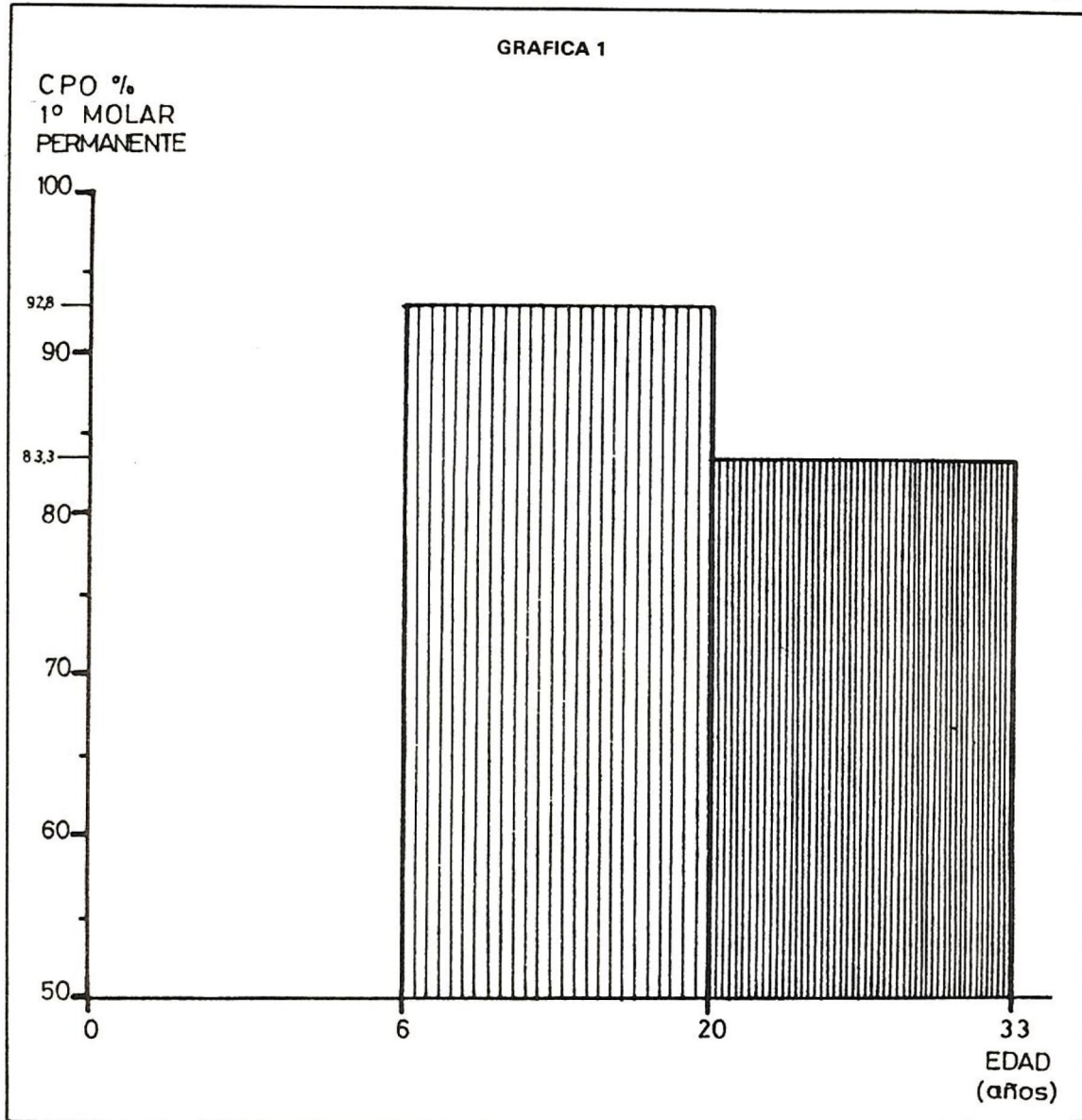
tratamiento odontológico recibido por los sujetos fue tardío y mutilante.

La incidencia de caries dental en los individuos con retardo mental es similar a la constatada por otros autores (4). No existió diferencia importante entre el CPOD del grupo B y el CPOD del grupo C (Gráfica 1). Se constató un retardo en la erupción de las piezas dentarias caducas como ha sido reportado anteriormente (10). En individuos con dentadura caduca se corroboró la incidencia de maloclusión relacionada con severa disfunción oral; en individuos con dentaduras mixta o permanente la incidencia de maloclusión fue de similar importancia pero no relacionable con disfunción oral. Deficiencias posturales, disfunción oral por largo período de tiempo, condicionan un tipo de maloclusión que se mantiene en la pubertad y edad adulta aún cuando ya se han instaurado funciones orales adecuadas (10). El bajo porcentaje de individuos con higiene oral satisfactoria se correlaciona con la salud dental deficitaria. Este alto porcentaje de higiene oral insatisfactoria en los individuos de mayor edad coincide con la experiencia de diferentes autores (2), (5), (6), (9) y (10). Esto se debe principalmente a la dificultad de establecer medidas de autohigiene, falta de conocimiento de técnicas apropiadas y sencillas por parte de educadores y familiares en manejo del individuo minusválido durante la higiene oral, o falta de supervisión de la autohigiene oral.

Se corroboró una relación directa entre el grado de habilidad en el autocepillado y el grado de habilidad alcanzado por el individuo en los diferentes aspectos de la vida diaria. Como en reportes anteriores se cons-

TABLA 4

HIGIENE					
	SATISFACTORIA		INSATISFACTORIA		TOTAL
	Nº Ind.	%	Nº Ind.	%	
GRUPO A	3	42.9	4	57.1	7
GRUPO B	4	28.6	10	71.4	14
GRUPO C	—	—	6	100	6
TOTAL A-B-C	7	25.9	20	74.1	27



tató que los individuos que presentaban un desarrollo mental mayor de tres años y medio poseen la habilidad de tomar el cepillo de dientes y en mayores de cuatro años (edad mental) se podrá esperar que se cepillen los dientes con cierta efectividad. En todos los casos la supervisión por parte de educadores y responsables es imprescindible (6). La autohigiene con supervisión se logró adecuando el cepillo dental a las necesidades motoras del individuo (2), (5), (9). Del estudio de estas tres variables (caries dental, maloclusión e higiene oral) se puede inferir que en el grupo de individuos mayores de 6 años, que asisten a este instituto, las condiciones de higiene oral y la

presencia de maloclusión son factores importantes en la incidencia de caries dental (Gráfica 2).

CONCLUSIONES

La población minusválida de este instituto, elegido al azar, está seriamente afectada desde el punto de vista odontológico.

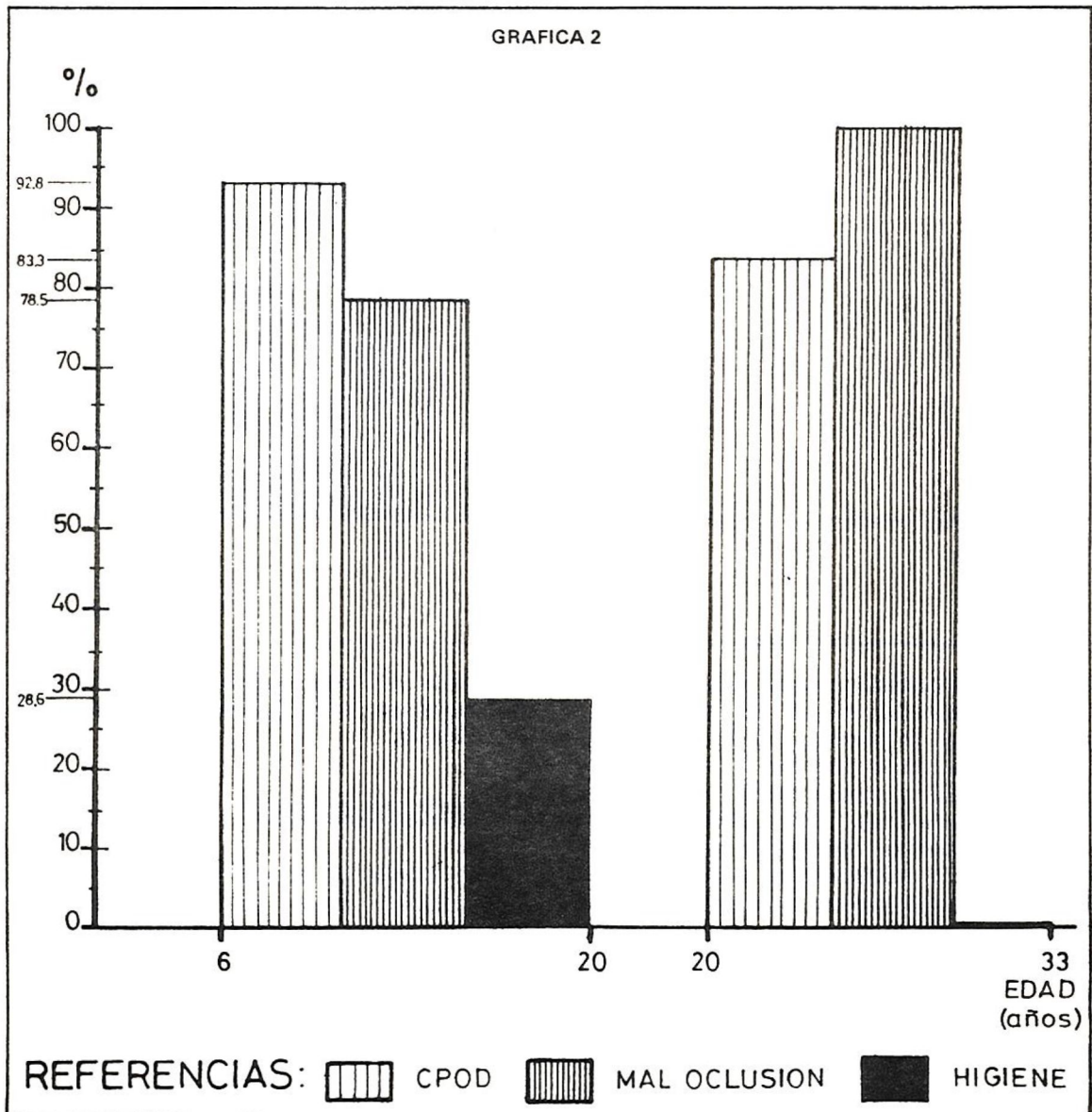
La caries dental es una enfermedad que afecta seriamente la salud orgánica y síquica del individuo. La necesidad de un programa odontológico preventivo dirigido a la población minusválida en general y particularmente a los individuos afectados por

retardo mental es evidente. Este puede ser el primer paso en brindar a este grupo de personas una asistencia odontológica integral en iguales condiciones que una persona normal.

SUMARIO

El motivo de este trabajo es evaluar la salud oral en individuos con retardo mental y la aplicación de un programa de asistencia preventiva fácilmente implementable por maestros. 27 individuos (60% del total)

entre 24 meses y 33 años de edad se dividieron en tres grupos: Grupo A (24 meses a 5 años), 7 individuos; Grupo B (6 años a 20 años), 14 individuos; y Grupo C (21 años a 33 años), 6 individuos. Se evaluaron: Índice de Caries Dental en 2dos. molares caducos (Grupo A) y en 1eros. molares permanentes (Grupos B y C); maloclusión; e higiene oral. Se entrenó a los maestros del instituto en profilaxis oral y aplicación diaria de fluoruros. Se evaluó la aceptación, por parte de maestros e individuos, del programa odontológico preventivo. En Grupo A se constató: Índice de Caries de 2.2; maloclusión 85%; higiene insatisfactoria 57%.



Grupo B: CPOD = 3.7; maloclusión 78.5%; higiene insatisfactoria 71.4%. Grupo C: CPOD = 3.3; maloclusión 100%; higiene insatisfactoria 100%. Los maestros aceptaron el programa. Hubo aceptación gradual por parte de los individuos de la higiene oral y la aplicación tópica de fluoruro diario.

SUMMARY

The purpose of this study is to evaluate the oral health in individuals with mental retardation and the application of a preventive program easily implemented by teachers. 27 individuals (60% of the total) between 24 months and 33 years of age were divided in three groups: Group A (24 months to 5 years), 7 individuals; Group B (6 years to 20 years), 14 individuals; and Group C (21 years to 33 years), 6 individuals. The Index of Dental Caries was evaluated in 2nd. deciduous molars (Group A) and in 1st. permanent molars (Group B and C); malocclusion; and oral hygiene were studied. The teachers of the institute were trained in oral profilaxis and in daily application of fluoride.

The acceptance, from teachers and individuals, of the dental preventive program was evaluated. In Group A was found: Index of Dental Caries of 2.2; malocclusion 85%; unsatisfactory oral hygiene 71.4%. Group B: DMFT = 3.7; malocclusion 78.5%; unsatisfactory oral hygiene 71.4%. Group C: DMFT = 3.3; malocclusion 100%; unsatisfactory oral hygiene 100%. The teachers accepted the program. The gradual acceptance, by the individuals, of oral hygiene and topical fluoride daily application was observed.

BIBLIOGRAFIA

- (1) CHAVES, M.M.: *Odontología Sanitaria*. Ed. 1, Publicaciones Científicas No. 63. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, 1962.
- (2) LINCH, T.R.: *Dentistry fo the Child and Adolescent*. Ed. IV, (Mc Donald R.E.). The C.V. Mosvy Co., St. Louis, 1983.
- (3) MORALES C. CARMEN, H.: *Parálisis Cerebral: sus efectos sobre la erupción del primer molar permanente y las condiciones de salud-enfermedad*. Acta Odontológica Venezolana. Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela, Año XXV (1): 13-33. 1987.
- (4) NISHIDA, M.; DOKE, I.: *The Dental Research in Institutions and Schools for the Handicapped in Osaka Prefecture*. Shoni Shikagaku Sashi. 25 (1): 199-211. 1987.
- (5) NOWAK, A.J.: *Dentistry for the Handicapped Patient*. Ed. I. The C.V. Mosvy Co. St. Louis, 1976.
- (6) OGASAWARA, T.; MASUDA, S.; KIGA, Y.: *Brushing in Handicapped Children*. Shoni Shikagaku Sashi, 24(2):311-27. (1986).
- (7) OGATA, K.; KAKINOKI, Y.: *On Differences in Caries Suffering Status of Institutions for Physically Handicapped and for Mentally Retardate Children under our Custody*. Shoni Shikagaku Sashi, 6(1): 60-71 (1985).
- (8) OGATA, K.; YANO, K.: *Lemological Study on Defective First Molar Teeth in Handicapped*. Shoni Shikagaku Sashi, 6 (1) 19-28 .1985.
- (9) ROSEINSTEIN, S.N.: *Dentistry in Cerebral Palsy and Related Handicapped Conditions*. Ed. III C. Thomas Publisher, Springfield, 1978.
- (10) SUSUKI, Y.; HONMA, M.; YAMASHITA, N.: *Oral Functional, Developmental and Hygienic Problems and their Association in Handicapped Children*. Shoni Shikagaku Sashi. 25(3): 532-607. 1987.
- (11) TAKEDA, Y.; HORIUCHI, N.; INOUE, T.; NAKATA, M.: *An Odontological Study on Down's Syndrome*. Shoni Shikagaku Sashi. 25 (1): 12-17 (1987).