

Multimed 2017; 21(4)

JULIO-AGOSTO

ARTICULO ORIGINAL

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS. GRANMA
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA CAMPECHUELA

El retraso mental y su relación con la Estomatología

Mental retardation and its relationship with Stomatology

Esp. EGI Idanny Chávez Taset,^I Esp. EGI Mariela Yudith Tamayo Sánchez,^I Esp. EGI Aliuska Zamora.^{II}

^I Clínica Estomatológica Municipal. Campechuela. Granma, Cuba.

^{II} Policlínico Genaro Brito, San Ramón, Campechuela. Granma, Cuba.

RESUMEN

Debido a la insuficiente información estomatológica relacionada con pacientes con retraso mental se decidió realizar un estudio descriptivo analítico y transversal con los estudiantes de la Escuela Especial Fructuoso Rodríguez de Campechuela con retraso mental leve y moderado, en los meses de septiembre-octubre del curso 2015-2016. Se les confeccionó la historia clínica individual lo que constituyó una fuente útil para la obtención de los fines deseados. Los estudiantes que presentaban un retraso mental leve representaron un 57.4 % con los varones como mayor cantidad 37.7 %. Dentro de los resultados más significativos están: gingivitis crónica 100 %, erupción tardía 82.0 %. Al realizar el examen físico extraoral las variables más representadas fueron los pacientes con perfil convexo 83.6 % y fascie adenomatoide 31.1 %. Se realizó esta investigación, con el apoyo de otros sectores y con el interés de ofrecer una solución para mejorar el estado de salud bucal en estos niños a través de su caracterización

Palabras claves: discapacidad intelectual, enfermedades de la boca, hábitos, factores de riesgo.

ABSTRACT

Due to insufficient stomatologic information related to patients with mental retardation, it was decided to perform a descriptive and transversal study with the students of the

Special School Fructuoso Rodríguez in Campechuela with mild and moderate mental retardation in the months of September-October of the school year 2015- 2016. They were made the individual clinical history which constituted a useful source for the achievement of the desired results. Students with mild mental retardation accounted for 57.4 % with males 37.7 % higher. Among the most significant results are: chronic gingivitis 100 %, late eruption 82.0 %. When performing the extraoral physical examination, the variables most represented were the patients with convex profile 83.6 % and adenomatoid facie 31.1 %. This research was carried out, with the support of other sectors and with the interest of offering a solution to improve the state of oral health in these children through their characterization.

Key words: intellectual disabilities, mouth diseases, habits, risk factors.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes retrasados mentalmente se caracterizan por un retardo en la actividad cognitiva que consiste en una demora en la adquisición de habilidades motoras, del lenguaje o la socialización, que se espera que se alcance de acuerdo con la edad del niño. Por supuesto, es frecuente que se encuentren afectadas las funciones dependientes de más de un área de evaluación en un niño con una enfermedad neurológica. La atención a las personas con discapacidad constituye una prioridad dentro del Programa Nacional de Estomatología en Cuba. ^{1,2}

El niño discapacitado, por sus características especiales, tanto físicas como psíquicas, es más propenso a padecer enfermedades bucales. Esta deficiencia física, psíquica o social no está dada exclusivamente por el sujeto que la padece, sino también por el entorno social al que pertenece.³ La susceptibilidad para contraer enfermedades bucales está dada por numerosos factores de riesgo, la mala higiene bucal y la educación sanitaria deficiente ocupan un lugar importante.^{4,5}

La formación de hábitos beneficiosos para la salud bucal en los primeros años de vida, entre ellos la higiene bucal adecuada, se transforma en necesidades que luego se ejecutan con habitual regularidad. El niño y sus padres deben ser conservadores permanentes de las normas higiénico-sanitarias, pero en esta labor participarán también el equipo de salud, los educadores y otros sectores sociales.⁶⁻⁸

El retraso mental puede considerarse como un problema médico, psicológico o educativo, pero se trata fundamentalmente de un problema social. ^{9,10} Conocer las causas o factores que mantienen la prevalencia de esta entidad nos permitirá accionar sobre el futuro de estos pacientes y otorgarles una mejor calidad de vida.

Es importante convencerse de que no es una enfermedad, sino un estado de discapacidad que se manifiesta antes de los 18 años de edad y se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior al promedio, así como también por alteraciones de la capacidad adaptativa que se exteriorizan en dos o más áreas funcionales: autonomía personal, comunicación, orientación en el entorno, trabajo y tiempo libre.

En Cuba existe una política gubernamental de protección al menor. Se brinda una atención médica integral desde la etapa prenatal, que continúa después del nacimiento y durante toda la vida del individuo, se garantiza la educación y existen leyes y códigos que garantizan el pleno desarrollo biológico, psicológico y social de los niños.¹

En los niños con discapacidades mentales, la promoción de salud y la prevención cobran singular importancia. Sin embargo, hemos visto con dolor como en la práctica diaria esto no se lleva a cabo, y a veces cuando se realiza no tiene una orientación correcta, ni la calidad y sistematicidad necesarias, de allí la alta prevalencia de los problemas de salud bucal.^{1, 2} Por lo antes expuesto se decidió realizar esta investigación, con el apoyo de otros sectores y con el interés de ofrecer una solución para mejorar el estado de salud bucal en estos niños a través de su caracterización.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo analítico y transversal en niños con discapacidad mental leve y moderado perteneciente a la escuela especial Fructuoso Rodríguez del municipio de Campechuela, desde septiembre a octubre de 2015, por especialistas en estomatología general integral, estudiantes de 5^{to} año de estomatología y maestros de la escuela. Se establecieron coordinaciones entre la dirección municipal de Educación, la dirección la escuela y con la dirección de la Clínica Estomatológica para definir el horario más adecuado.

Para esta investigación se confeccionaron las historias clínicas individuales donde se recogieron todos los datos de los pacientes.

Se incluyeron a los pacientes con retraso mental leve y moderado que estudien en la escuela Fructuoso Rodríguez de Campechuela en el periodo de estudio y se excluyeron aquellos con retraso mental severo y(o) profundo.

ENFERMEDADES INTRAORALES ENCONTRADAS

Gingivitis crónica, caries, experiencia anterior de caries, retracción gingival, erupción tardía, exfoliación tardía, fluorosis, hipoplasias del esmalte, trauma dentario, adaquia,

hiperdaquia, vestibuloversión de incisivos, diastemas, apiñamiento anterior, macroglosia, mordida cruzada anterior, estomatitis aftosa recurrente, bóveda palatina profunda, relación de molares en distoclusión, relación de molares en mesioclusión, frenillo vestibular superior patológico, oligodoncia, microdoncia.

Enfermedades extraorales encontradas

Perfil convexo, perfil cóncavo, prognatismo mandibular, retrognatismo mandibular, disfunción labial, fascie adenomatoide.

Hábitos

Deglución atípica, succionador digital, onicofagia, respirador bucal, queilofagia, bruxismo.

Factores de riesgo

Higiene bucal deficiente, cepillado incorrecto, dieta cariogénica, maloclusiones, hábitos, miedo a lo desconocido.

RESULTADOS

Al distribuir los estudiantes según edad y grado de profundidad del retraso mental los resultados mostraron que la edad más representada fue la de 12-14 años con un 49.2% así como el 57.4 % de los pacientes estuvo en el grupo de los retrasados mentales leves.

Tabla 1. Clasificación del retraso según grado de intensidad.

| Grado de profundidad | edades | | | | | | | |
|----------------------|--------|------|-------|------|-------|-----|-------|-------------|
| | 6-11 | | 12-14 | | 15-18 | | total | |
| | No | % | No | % | No | % | No | % |
| Leve | 12 | 41.4 | 22 | 73.3 | 1 | 50 | 35 | 57.4 |
| Moderado | 17 | 58.6 | 8 | 26.7 | 1 | 50 | 26 | 42.6 |
| Total | 29 | 47.5 | 30 | 49.2 | 2 | 3.3 | 61 | 100 |

De las 23 enfermedades bucales encontradas las que más representantes tuvieron fueron la gingivitis crónica con 100 %, la erupción tardía con 82.0 %, experiencia anterior de caries con 77.0 %, fluorosis con 70.5 %, exfoliación tardía con 67.2 %, apiñamiento anterior 50.8 %, bóveda palatina profunda con 49.2 % y vestibuloversión de incisivos con 47.5 %.

Tabla 2. Enfermedades intraorales.

| No | Variables | edades | | | | | | | |
|----|---|--------|------|-------|------|-------|-----|-------|-------------|
| | | 6-11 | | 12-14 | | 15-18 | | total | |
| | | No | % | No | % | No | % | No | % |
| 1 | Gingivitis crónica | 29 | 100 | 30 | 100 | 2 | 100 | 61 | 100 |
| 2 | Caries | 5 | 17.2 | 4 | 13.3 | 2 | 100 | 11 | 18.0 |
| 3 | Experiencia anterior de caries | 24 | 82.8 | 23 | 76.7 | 0 | 0 | 47 | 77.0 |
| 4 | Retracción gingival | 3 | 10.3 | 5 | 16.7 | 2 | 100 | 10 | 16.4 |
| 5 | Erupción tardía | 23 | 79.3 | 25 | 83.3 | 2 | 100 | 50 | 82.0 |
| 6 | Exfoliación tardía | 19 | 65.5 | 20 | 66.7 | 2 | 100 | 41 | 67.2 |
| 7 | Fluorosis | 21 | 72.4 | 21 | 70 | 1 | 50 | 43 | 70.5 |
| 8 | Hipoplasias del esmalte | 2 | 6.9 | 2 | 6.7 | 0 | 0 | 4 | 6.6 |
| 9 | Trauma dentario | 2 | 6.9 | 4 | 13.3 | 1 | 50 | 7 | 1.1 |
| 1 | Adaquia | 3 | 10.3 | 5 | 16.7 | 0 | 0 | 8 | 13.1 |
| 11 | Hiperdaquia | 2 | 6.9 | 5 | 16.7 | 0 | 0 | 7 | 1.1 |
| 12 | Vestibuloversión de incisivos | 14 | 48.3 | 14 | 46.7 | 1 | 50 | 29 | 47.5 |
| 13 | Diastemas | 1 | 3.4 | 1 | 3.3 | 0 | 0 | 2 | 3.2 |
| 14 | Apiñamiento anterior | 13 | 44.8 | 17 | 34 | 1 | 50 | 31 | 50.8 |
| 15 | Macroglosia | 2 | 6.9 | 3 | 10 | 0 | 0 | 5 | 8.2 |
| 16 | Mordida cruzada anterior | 3 | 10.3 | 3 | 10 | 0 | 0 | 6 | 9.8 |
| 17 | Estomatitis aftosa recurrente | 2 | 6.9 | 1 | 3.3 | 0 | 0 | 3 | 4.9 |
| 18 | Bóveda palatina profunda | 13 | 44.8 | 16 | 53.3 | 1 | 50 | 30 | 49.2 |
| 19 | Relación de molares en distoclusión | 5 | 17.2 | 7 | 23.3 | 0 | 0 | 12 | 19.7 |
| 20 | Relación de molares en mesioclusión | 1 | 3.4 | 2 | 6.7 | 0 | 0 | 3 | 4.9 |
| 21 | Frenillo vestibular superior patológico | 4 | 13.8 | 3 | 10 | 1 | 50 | 8 | 12.3 |
| 22 | Oligodoncia | 0 | 0 | 1 | 3.3 | 0 | 0 | 1 | 1.6 |
| 23 | Microdoncia | 1 | 3.4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.6 |

Como muestra la tabla 3 de hallazgos clínicos extraorales los más representativos fueron el perfil convexo con un 83.6 % y la fascie adenomatoide con un 31.1 %.

Tabla 3. Hallazgos clínicos extraorales.

| No | Variables | edades | | | | | | | |
|----|--------------------------|--------|------|-------|------|-------|-----|-------|------|
| | | 6-11 | | 12-14 | | 15-18 | | total | |
| | | No | % | No | % | No | % | No | % |
| 1 | Perfil convexo | 24 | 82.8 | 25 | 83.3 | 2 | 100 | 51 | 83.6 |
| 2 | Perfil cóncavo | 1 | 3.4 | 2 | 6.7 | 0 | 0 | 3 | 4.9 |
| 3 | Disfunción labial | 8 | 27.6 | 8 | 26.7 | 1 | 50 | 17 | 27.9 |
| 4 | Prognatismo mandibular | 1 | 3.4 | 2 | 6.7 | 0 | 0 | 3 | 4.9 |
| 5 | Retrognatismo mandibular | 2 | 6.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3.3 |
| 6 | Facie adenomatoide | 9 | 31.0 | 9 | 30 | 1 | 50 | 19 | 31.1 |

En la tabla 4 de los hábitos estudiados los que más sobresalen son la deglución atípica con un 72.1 % y el respirador bucal con un 34.4 %. Al combinar las variables mostraron que el 83.6 % de los pacientes presentaron una combinación de 2,3 y hasta 4 hábitos.

Tabla 4. Hábitos más frecuentes.

| No | Hábitos | edades | | | | | | | |
|----|------------------------|--------|------|-------|-----|-------|-----|-------|------|
| | | 6-11 | | 12-14 | | 15-18 | | total | |
| | | No | % | No | % | No | % | No | % |
| 1 | Deglución atípica | 25 | 86.2 | 18 | 60 | 1 | 50 | 44 | 72.1 |
| 2 | Succión digital | 5 | 17.2 | 3 | 10 | 0 | 0 | 8 | 13.1 |
| 3 | Onicofagia | 3 | 10.3 | 3 | 10 | 1 | 50 | 7 | 11.5 |
| 4 | Respirador bucal | 8 | 27.5 | 12 | 40 | 1 | 50 | 21 | 34.4 |
| 5 | queilofagia | 2 | 6.9 | 2 | 6.7 | 0 | 0 | 4 | 6.6 |
| 6 | Bruxismo | 3 | 10.3 | 3 | 10 | 0 | 0 | 6 | 9.8 |
| 7 | Combinación de hábitos | 25 | 86.2 | 24 | 80 | 2 | 100 | 51 | 83.6 |

En la tabla 5 destacan por la cantidad de pacientes representados la higiene bucal deficiente, el cepillado incorrecto, los hábitos con un 100 % y los pacientes que presentan una dieta cariogénica con un 95.1 %, aunque cabe señalar que de los 6 factores de riesgo solo el miedo a lo desconocido está en un 23 % el resto está por encima del 82 %.

Tabla 5. Factores de riesgo.

| No | Variables | edades | | | | | | | |
|----|--------------------------|--------|------|-------|------|-------|-----|-------|------|
| | | 6-11 | | 12-14 | | 15-18 | | total | |
| | | No | % | No | % | No | % | No | % |
| 1 | Higiene bucal deficiente | 29 | 100 | 30 | 100 | 2 | 100 | 61 | 100 |
| 2 | Cepillado incorrecto | 29 | 100 | 30 | 100 | 2 | 100 | 61 | 100 |
| 3 | Dieta cariogénica | 28 | 96.6 | 29 | 96.7 | 2 | 100 | 58 | 95.1 |
| 4 | Maloclusiones | 18 | 62.1 | 30 | 100 | 2 | 100 | 50 | 82 |
| 5 | Hábitos | 29 | 100 | 30 | 100 | 2 | 100 | 61 | 100 |
| 6 | Miedo a lo desconocido | 5 | 17.2 | 7 | 23.3 | 2 | 100 | 14 | 23 |

DISCUSIÓN

Al realizar la entrevista con los directivos del centro de estudio y distribuir a los estudiantes según el grado de profundidad de su retraso mental, los que presentaban un retraso mental leve representaron un 57.4 % con el grupo etario 12-14 años como el más representado con un 49.2 %. Estos pacientes al presentar una limitación cognitiva pueden conllevar otros problemas de salud, necesitan la ayuda de la familia o de un personal entrenado para mantener un adecuado estilo de vida.⁹

En la tabla 2 se evidencian los resultados del examen intraoral. Los más significativos por orden de frecuencia de aparición están: gingivitis crónica 100 %, erupción tardía 82.0 %, experiencia anterior de caries 77.0 %, fluorosis 70.5 %, exfoliación tardía 67.2 %, apiñamiento anterior 50.8 %, bóveda palatina profunda 49.2 %, vestibuloversión de incisivos 47.5 %. Los pacientes con esta discapacidad tienen problemas de salud bucal muy específicos siendo necesario particularizar los tratamientos dentales como por ejemplo en los pacientes con Síndrome de Down, que padecen de macroglosia, retardo en el brote dentario, etc. Los cuales necesitan una cuidadosa evaluación médica para evitar complicaciones causadas por el tratamiento dental^{10,11} además de otras relacionadas con el entorno.

En general las personas con discapacidad son consideradas de alto riesgo cariogénico y elevada complejidad operatoria. Diferentes autores reportan una elevada prevalencia de caries dental y periodontopatías como causa primaria de la pérdida de dientes en las personas con discapacidad.^{10, 11}

Al realizar el examen físico extraoral (tabla 3) las variables más representadas fueron los pacientes con perfil convexo 83.6 %, fascie adenomatoide 31.1 % disfunción labial 27.9 %, todas estas características responden a los hábitos que estos pacientes presentan. Dentro de éstos (Tabla 4) los que con más frecuencia afectan los están la deglución atípica con 72.1 % y la respiración bucal con 34.4 %.

La higiene bucal deficiente, dada por el cepillado incorrecto, los hábitos todos con el 100% de los pacientes bajo su influencia fueron los factores de riesgo más representados (Tabla 5) y asociados a la dieta cariogénica, el uso de medicamentos, agravado por el déficit intelectual de estas personas ^{10,11} se traducen en las enfermedades bucales que sufren estos pacientes.

CONCLUSIONES

La mayor cantidad de estudiantes estudiados presentaban un retraso mental leve. La gingivitis crónica, los hábitos tanto dietéticos, higiénicos, deletéreos y cepillado incorrecto afectaban a todos los estudiantes del estudio. No podemos dejar de mencionar que increíblemente pocos pacientes estaban afectados por caries, aunque la experiencia anterior de caries si era alta. Lo que nos indica que la actividad curativa es efectiva por lo tanto la labor de promoción y prevención debe incrementarse. Al realizar el examen físico extraoral la variable más representada fue el perfil convexo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colectivo de autores. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. p. 430-2.
2. González Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. p. 348.
3. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Dirección de Seguridad Social. Términos y conceptos sobre discapacidad. Manual para los especialistas de la Seguridad Social. Santiago de Chile: IMSERSO; 2003.
4. Alfonso Betancourt NM, Pría Barros MC, Alfonso Betancourt OA, García Alfonso A. Indicadores familiares de salud bucal. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2005 [citado 14 Jun 2016]; 42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072005000100003.

5. 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 [Internet]. 2001 [citado 14 Jun 2016]; 109 (1): 20-6. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0722.2001.00965.x/pdf>.
6. Colectivo de autores. Introducción a la Medicina General Integral. Medicina general integral. Evolución histórica y concepto de medicina general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001: 123-7.
7. Ojembarrena Martínez E, Fernández de Pinedo Montoya R, Gorostiza Garay E, Lafuente Mesanga P, Lizarraga Azparren MA. Fracaso escolar en adolescentes y factores sanitarios asociados. An Pediat. 2002; 56(5): 416-24.
8. Myśliwiec A, Saulicz E, Kuszewski M, Knapik A, Walla G, Saulicz M. The quality of selected health services for intellectually handicapped patients in their parents view on the example of southern Poland. Wiad Lek. 2011; 64 (3):159-63.
9. Valenzuela YY, Sánchez Rubio RM, Bojórquez Y, Sánchez Rubio RA. Cuidados en el tratamiento odontológico de pacientes pediátricos cardiopatas con transposición de grandes vasos: reporte de un caso. Universitas Odontol [Internet]. 2011 [citado 17 Jun 2016]; 30(64):67-71. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231218581008>.
10. Sáez Cuesta U, Castejón Navas I, Molina Escribano A, Roncero Goig M, Martínez Collado MA. Oro-dental health of residential patients in the Care Centre for the Mentally Handicapped in Albacete, Spain. Rev Clin Med Fam [Internet].2010 [citado 17 Jun 2016]; 3(1):23-6. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v3n1/original4.pdf>.
11. Marulanda J, Betancur JD, Espinosa S. Salud oral en discapacitados. Rev CES Odont [Internet].2011 [citado 14 Jun 2016] ; 24(1) :71-6.Disponible en : <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3696489.pdf>.

Recibido : 28 de abril de 2017.

Aprobado : 25 de mayo de 2017.

Idanny Chávez Taset. Clínica Estomatológica Municipal. Campechuela. Granma, Cuba.

Email: jdachavez@infomed.sld.cu