

Salud Bucodental de los pacientes internados en el Centro de Atención a Discapacitados Psíquicos de Albacete

Ursula Sáez Cuesta^a, Isabel Castejón Navas^a, Antonia Molina Escribano^a,
Manuel Roncero Goig^a, M^a Angeles Martínez Collado^a

^a Unidad de Salud Bucodental de Discapacitados de Albacete. Centro de Salud Zona VI.

Correspondencia:
Ursula Sáez Cuesta, USBD - Discapacitados de Albacete, Centro Salud Zona VI, C/ Azorin s/n, Albacete. Telf.: 967522540.

Recibido el 1 de diciembre de 2009.

Aceptado para su publicación el 13 de enero de 2010.

RESUMEN

Objetivo. Determinar la prevalencia de patología oral, sobre todo de caries y afectación periodontal, en una población de disminuidos psíquicos ingresados en una institución, así como su relación con la deficiente higiene oral y los fármacos consumidos.

Emplazamiento y participantes. 100 personas disminuidas psíquicas internadas en el CADP (Centro de Atención a Discapacitados Psíquicos) de Albacete.

Mediciones. Edad, sexo, grado de discapacidad, diagnóstico de base, enfermedades asociadas y capacidad para comunicarse, medicación, tipo de dieta, lugar de tratamiento (consulta o quirófano) y datos odontológicos (placa, sarro, caries, CAO, gingivitis, periodontitis u otras).

Resultados. La edad media es de 42,9 años, teniendo el paciente más joven 18 años y el mayor 71. En cuanto a la distribución por sexo, 57 son hombres (57%) y 43 son mujeres (43%). El grado de discapacidad mínimo es 70 y el máximo 100, con una media de 91.3. El grupo de pacientes más numeroso son los que están diagnosticados de retraso mental (59%), seguido del síndrome Down (11%), parálisis cerebral (11%), encefalopatía (11%) y autismo (3%). La enfermedad asociada más frecuente es la epilepsia (36%). El 7% de los pacientes no pudo ser explorado. El 60% de los pacientes padece caries, el 63% sufre pérdida de dientes y el 2% presenta obturaciones realizadas. El 8% de los pacientes están desdentados totales. La media de índice CAO es 11,66.

Conclusión. Los pacientes estudiados son grandes discapacitados y con altas necesidades odontológicas. El tratamiento dental más utilizado en ellos es la exodoncia dental.

Palabras clave. Salud Bucal, Caries Dental, Personas con Discapacidad.

ABSTRACT

Oro-dental health of residential patients in the Care Centre for the Mentally Handicapped in Albacete, Spain

Objective. To determine the prevalence of oral disease, especially caries and periodontal disease in a population of mentally handicapped persons residing in a care centre, and its relationship with inadequate oral hygiene and consumption of medicines.

Setting and participants. One hundred mentally handicapped persons residing in the Care Centre for the Mentally Handicapped (CADP) in Albacete, Spain.

Measurements. Age, sex, disability level, underlying diagnosis, associated diseases and ability to communicate, medication, diet, treatment site (clinic or surgery) and odontological data (plaque, tartar, caries, DMF index, gingivitis, periodontitis and others).

Results. The mean age was 42.9 years, the youngest patient being 18 years old and the eldest 71 years old. There were 57 men (57%) and 43 women (43%). The disability level was from 70 to 100 with a mean of 91.3. Most of the patients had been diagnosed as mentally retarded (59%), followed by Down's syndrome (11%), cerebral palsy (11%), encephalopathy (11%) and autism (3%). The most frequent associated disease was epilepsy (36%). A dental examination could not be performed on 7% of the patients. Sixty percent had caries, 63% had missing teeth and 2% had fillings. Eight percent of patients were completely edentulous. The mean DMF index was 11.66.

Conclusion. The patients studied were severely handicapped and greatly in need of dental care. Tooth extraction was the most common dental treatment applied to these patients.

Key words. Oral Health, Dental Caries, Disabled Persons.

INTRODUCCIÓN

La atención odontológica de los discapacitados psíquicos institucionalizados en España presenta una perspectiva desoladora. El abandono, la falta de planificación y el desinterés son la constante habitual. Nuestros discapacitados se ven forzados a sufrir una pésima higiene bucodental, odontalgias recidivantes y en el mejor de los casos exodoncias masivas. Las causas más evidentes son¹⁻⁴:

Higiene deficiente: la limitación física o la deficiencia intelectual hacen de este aspecto una situación muy difícil de abordar en estos pacientes.

Dieta y patrones alimentarios: consumo excesivo de carbohidratos, alimentos de consistencia blanda y poca ingestión de líquidos. Este tipo de dieta, con escasa autoclisis por falta de masticación, facilita la retención de placa bacteriana, facilitando el desarrollo de patología de caries y de enfermedad periodontal.

Medicamentos: aumentan el riesgo de problemas dentales. El consumo prolongado de jarabes azucarados, hidantoinas (asociado a hiperplasias gingivales), sedantes, barbitúricos y antihistamínicos hacen disminuir la secreción salival.

Malformaciones dentarias: hiperplasias, apiñamientos o alteraciones funcionales (respirador oral, bruxismo) dificultan el adecuado control de la placa bacteriana.

En el presente estudio, sobre el estado de salud bucodental y las necesidades de tratamiento de una población discapacitada psíquicamente e institucionalizada, se plantean como objetivos específicos: conocer la prevalencia de caries y de enfermedades periodontales, conocer las necesidades de tratamiento y analizar el grado de discapacidad, las patologías relevantes de su historial clínico y los fármacos que ingieren.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se ha llevado a cabo en el CADP (Centro de Atención a Discapacitados Psíquicos) de Albacete, donde se encuentran ingresados 100 pacientes. Contamos con la autorización del médico y del personal de enfermería.

El material empleado consta de un foco de luz, espejos y sondas dentales, abrebocas fabricados por nosotros para este fin y las fichas del servicio médico del centro. La exploración bucal fue realizada por uno de los autores de este estudio, ayudado por una higienista dental. También se contó con la ayuda del personal de enfermería y del personal auxiliar para hacer restricción física cuando fue necesario, así como con la colaboración de la trabajadora social, quien facilitó el grado de minusvalía de cada paciente.

Las mediciones incluyeron: edad, sexo, grado de discapacidad, diagnóstico de base, enfermedades asociadas y capacidad para comunicarse, medicación, tipo de dieta, lugar de tratamiento (consulta o quirófano) y datos odontológicos (placa, sarro, caries, CAO, gingivitis, periodontitis u otras).

Se cumplimentó una historia clínica y odontológica en cada paciente, introduciendo posteriormente los datos en el programa estadístico SPSS 12.0 para su procesamiento. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis estadístico de carácter descriptivo y pruebas de comparación de proporciones en grupos independientes (chi-cuadrado).

RESULTADOS

La edad media es de 42,9 años, teniendo el paciente más joven 18 años y el mayor 71. Según su distribución en grupos de edad, menores o igual a 20 años hay un 2%, entre 21-45 años un 61% y mayores de 46 años un 37%. En cuanto a la distribución por sexo, 57 son hombres y 43 son mujeres. Estudiamos el grado de discapacidad siendo el mínimo 70 y el máximo 100, con un valor medio de 91,3. Al realizar una distribución en función del diagnóstico, observamos que el grupo de pacientes más numeroso son los que están diagnosticados de retraso mental (59%), seguido del síndrome de Down, parálisis cerebral y encefalopatía (figura 1).

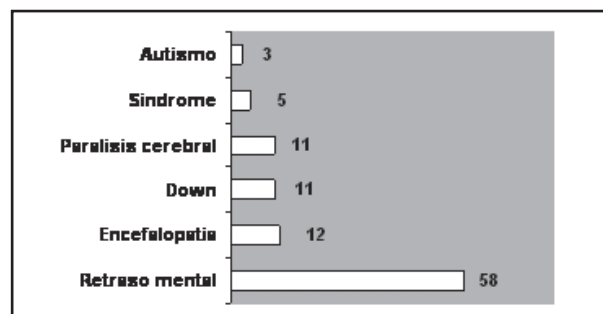


Figura 1. Clasificación de los pacientes según su diagnóstico.

En cuanto a las enfermedades asociadas, padece epilepsia el 36% de los pacientes, cardiopatía el 6%, diabetes el 3%, alteraciones de la vista el 3%, problemas digestivos el 2%, enfermedades del tiroides el 2%, alteraciones respiratorias el 1%, y otras el 3%. El 43% no presenta ninguna enfermedad asociada. El número mínimo de fármacos que consumen es 0 y el máximo 9, siendo el número medio 3,13 fármacos por paciente. El 61% de los pacientes consume fármacos antiepilépticos.

El 55% no se cepilla los dientes, al 43% se los cepilla el cuidador y el 2% se los cepilla solo, pero supervisado por el cuidador. En cuanto al tipo de dieta, es blanda en el 72% de los pacientes y nor-

mal en el resto. La comunicación del paciente con el exterior es nula en el 83% y sí es capaz de comunicarse con el cuidador el 17%.

Anotamos si habían tenido experiencias dentales previas, comprobando que el 47% de los internos aparentemente no habían ido al dentista (no presentaban ni empastes ni exodoncias), habiéndolo visitado el 53% restante.

Durante la exploración bucal el 41% abría la boca fácilmente, en el 23% utilizamos un taco de mordida para impedir que cerrara la boca, en el 29% utilizamos el taco de mordida más restricción física y en el 7% no se pudo realizar (figura 2). En cuanto a los hábitos registrados, el 39% tenía una respiración oral, el 7% bruxismo y el 3% interposición lingual. La maloclusión que más observamos fue la mordida abierta anterior, en el 29% de los pacientes, seguida de mordida cruzada anterior (3,2%) y sobremordida (3,2%).

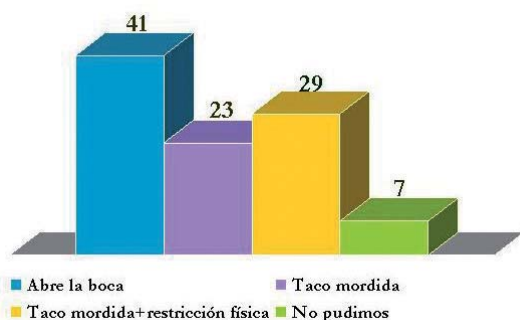


Figura 2. Clasificación de los pacientes según su colaboración a la hora de la exploración bucal.

Datos odontológicos:

Análisis de la caries: el 60% de los pacientes tiene caries, el 63% tiene pérdida de dientes y el 2% presenta obturaciones realizadas (tabla 1). El 8% de los pacientes están desdentados totales. En la tabla 2 se expone el porcentaje de la muestra con caries según grupos de edad.

	Mínimo	Máximo	Media	Total	%
Caries	0	18	3,40	313	60
Dientes ausentes	0	32	8,59	790	63
Obturaciones	0	5	0,10	9	2
CAO	0	32	11,66	-	-

Tabla 1. Análisis de las caries.

Pérdida de dientes: el número medio de dientes presentes en la boca es de 23,46 dientes y el número medio de dientes ausentes es de 8,59 (tabla 2).

	N	Caries	Ausentes	Obturados	Índice CAOD
6-20 años	1	9	0	0	9
21-45 años	32	3,73	3,16	0,16	6,93
46-65 años	23	2,76	16,76	0	1,65

Tabla 2. Distribución según grupos de edad del número de caries, dientes ausentes y dientes obturados.

Análisis de las enfermedades periodontales: en la tabla 3 se exponen los datos de sarro y placa. Presentaba gingivitis el 29,7% de los pacientes, periodontitis leve el 34% y periodontitis grave el 25,8%. Encontramos hiperplasia gingival en el 26% de los pacientes (figura 3) y una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de fármacos antiepilépticos y la hiperplasia gingival ($p < 0.001$).

	Placa %	Sarro %
No	8,6	9,7
En 1/3 cervical	26,9	23,7
En 2/3 cervical	48,4	22,6
Toda la corona	16,1	25,8

Tabla 3. Porcentaje de pacientes con sarro y placa.

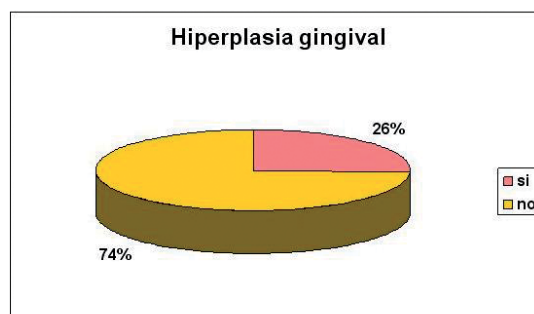


Figura 3. Porcentaje de pacientes con hiperplasia gingival.

Análisis de las prótesis: ninguno de los pacientes llevaba prótesis.

Análisis de las necesidades de tratamiento inmediato, bien por presencia de patología oral precancerosa/cancerosa, o bien por la presencia de dolor/infección en el momento de la exploración. En ninguna persona explorada se detectó algún tipo de patología oral compatible con lesión premaligna o maligna. Sin embargo, el 3% de los pacientes pre-

sentaba dolor/infección en el momento de ser explorados y fueron remitidos a la consulta urgente.

Análisis de necesidades de tratamiento, clasificando a los pacientes para ser tratados en consulta o en medio hospitalario. El 51% podrían ser tratados en consulta y el 49% en quirófano. El 84 % de los pacientes necesitaría que se le realizara tartrectomía, al 59.8% un tratamiento restaurador y al 84.6% una exodoncia.

DISCUSIÓN

En primer lugar, es importante constatar la dificultad que hemos tenido para la correcta exploración de este tipo de pacientes, no pudiendo realizar esta exploración en el 7% de los casos. Como consecuencia, existe la posibilidad de que algunos datos puedan estar distorsionados en un pequeño grado.

Algunos autores⁵⁻⁶ indican que la salud bucal de los discapacitados es significativamente peor que la de la población general, pues existe una prevalencia universal de la enfermedad periodontal y una higiene bucal más pobre. Así lo demuestran nuestros resultados, habiendo comprobado que el 91.4% tiene placa, el 90.3% presenta sarro y el 60% padece caries, con un índice CAO de 11,66. Este índice CAO es mayor que el encontrado en la población normal⁵⁻⁸.

En nuestro estudio hemos podido observar el bajo porcentaje de pacientes con dientes obturados (2%), frente a la exodoncia dental (63% tenía pérdida de dientes), así como el aumento de pérdida de dientes y el aumento de índice CAO con la edad⁷⁻⁸. Esto puede interpretarse como que a la persona discapacitada que busca tratamiento odontológico se le extraen dientes más a menudo, muchas veces porque el odontólogo elige la extracción en lugar del tratamiento conservador, debido a la dificultad en el manejo del paciente.

Un aumento de la motivación se podría conseguir con la visita habitual al odontoestomatólogo espe-

cializado. Siguiendo el criterio de múltiples especialistas del tema, con la visita habitual y la motivación desde niños de estos pacientes se podría conseguir que un porcentaje elevado de ellos fuera tratado con los métodos convencionales.

Como conclusión, se trata de pacientes con un grado de discapacidad alto (valor medio de 91,3) y elevadas necesidades odontológicas. La caries y la enfermedad periodontal son las patologías predominantes. La exodoncia dental es el tratamiento que ha sido más utilizado. La higiene oral es deficiente. Existe una relación directa entre el consumo de antiepilépticos y la hiperplasia gingival. El 51% pueden ser tratados en la consulta. Finalmente cabe preguntarse ¿estaría justificada la presencia de una higienista dental en una institución así?

BIBLIOGRAFÍA

1. Bullón P, Machuca G. La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos. Madrid: Laboratorios Normon SA; 1996.
2. Bratos M. Problemática estomatológica de los minusválidos físicos y psíquicos en España. El valor de los programas preventivos. *Rev Esp Estomatol.* 1996; 34:263-382.
3. Velasco E, Machuca G, Martínez-Sahuquillo A et al. Influencia de los factores psíquicos sobre la cavidad oral. *Arch Odontostomatol.* 1994; 10:258-72.
4. Silvestre FJ. Odontología en pacientes discapacitados. Valencia: Laboratorios Kin; 2004.
5. Consejería de Sanidad y Consumo. Análisis del estado de salud bucodental de la población con discapacidad intelectual en la Comunidad Autónoma de Extremadura 2002. Junta de Extremadura. Badajoz: Indugrafic SL; 2003.
6. Caballero Y, Vega KM, Leyva Y et al. Salud bucal en niños discapacitados (documento en línea). Disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1464/salud-bucal-en-niños>.
7. López López J. Estudio de la prevalencia de patología oral en una población institucionalizada de disminuidos psíquicos. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona; 1990.
8. Bratos M. Situación de la atención odontoestomatológica de los minusválidos en España. *Boletín de Estudios. Documentación de los Servicios Sociales.* 1985; N° 22-23.