

Invest. Medicoquir 2021;13 (2)

ISSN: 1995-9427, RNPS: 2162

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de la salud bucodental en autistas institucionalizados

Characterization about oral health in institutionalization autisms

Adonay Sandoval Barrios.^I Leili Seng Montes de Oca,^{II}

I Policlínico Universitario “Elpidio Berovides La Lisa. La Habana, Cuba

II Centro de investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba

RESUMEN

Introducción. El autismo es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por alteración de la interacción social, de la comunicación y el comportamiento restringido y repetitivo. Caracterizar la salud bucodental en la población seleccionada. **Métodos.** Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal. El universo lo conformaron 65 niños y adolescentes menores de 19 años de la escuela de autismo de la Habana durante noviembre de 2015 a octubre de 2017. Se realizó una revisión bibliográfica y documental, basada en la búsqueda de información acerca del tema estudiado y se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas. **Resultados.** El 73,8% fueron varones y el 44,6% correspondió al grupo de edad de 10- 14 años; según la clasificación epidemiológica el 72,3% son del Grupo III. De la totalidad de población el 80,0% presentó periodontopatías, padeciendo en orden decreciente, el 46,1% una gingivitis moderada, el 33,8% caries dental y el 23,1% maloclusiones. La higiene bucal resultó ser regular en un 64,6%, la enfermedad crónica no transmisible de mayor prevalencia fue el asma bronquial con un 10,8% y el 60,0 % de los casos presentaron modos combinados de consumo de

alimentos azucarados. **Conclusiones.** Se observó predominio del sexo masculino, así como individuos del Grupo III. Prevalció como enfermedad bucodental la periodontopatía (gingivitis moderada) y el asma como enfermedad crónica. La mayoría practicaba una higiene bucal inadecuada y poseían modos combinados de consumo de alimentos azucarados.

Palabras clave: autismo, caries dental, enfermedad periodontal, maloclusión.

ABSTRACT

Introduction. Autism is a neurodevelopmental disorder, characterized by alterations of social interaction, communication and restricted and repetitive behaviour. **Methods.** A descriptive study was carried out with a cross section design. The universe consisted of 65 children and teenager sunder 19 years old from the Autism School of Havana from November 2015 to October 2017. A bibliographical and documental revision was made in order to search for information about the topic in question. Summary measures were used for qualitative and quantitative variables. **Results.** 73,8 % of the subjects were male and 44,6 % corresponded to the 10 - 14 age group. According to the epidemiological status, 72,3 % belongs to Group III. The research shows periodontal disease accounts for 80%. Moderate gingivitis was the most relevant with 46,1%, followed in decreasing order by 33,8% of patients suffering from dental caries and 23,1% with malocclusion. Oral hygiene turned out to be moderate in 64,6% of the cases and 60,0% of the subjects showed signs of frequent intake of sugary foods. Non transmissible chronic disease indicated a particular importance to bronchial asthma with 10.8%. **Conclusions.** Male prevalence was observed, as well as patients belonging to Group III. Periodontal disease prevailed at the expense of moderate gingivitis. Most students practiced an inadequate oral hygiene and their consumption of sugary foods in a variety of ways was quite remarkable. Bronchial asthma proved to be the most relevant among non-transmissible diseases.

Keywords: autism, dental caries, periodontal disease, malocclusion.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes discapacitados o como más modernamente se llaman pacientes especiales, son los que por largos períodos de tiempo, por condiciones físicas o mentales, están limitados de una participación completa en las actividades normales de su grupo de edades, incluyendo las de naturaleza social, recreativa, educacional y vocacional.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), dos terceras partes de la población con discapacidad no reciben atención bucodental alguna; a pesar de la mayor prevalencia que tienen estas personas de padecer enfermedades bucodentales.^{2, 3}

La discapacidad que interesa en este caso investigar es el Autismo debido al poco conocimiento de los profesionales para manejar a estas personas en la consulta estomatológica y también por el hecho de no haberse encontrado referencias de estudios en el país relacionados con esta temática.

El autismo (del griego auto- αὐτός 'que actúa sobre sí mismo o por sí mismo' e -ismos 'proceso patológico) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por alteración de la interacción social, de la comunicación (tanto verbal como no verbal) y el comportamiento restringido y repetitivo.^{4,5}

A finales del decenio de los 90, en el laboratorio de la universidad de California en San Diego se investigó sobre la posible conexión entre autismo y neuronas espejos, una clase recién descubierta de neuronas.^{6,7}

Los padres generalmente notan signos en los dos primeros años de vida de su hijo. Estos generalmente se desarrollan gradualmente, pero algunos niños con autismo alcanzan sus hitos del desarrollo a un ritmo normal y luego sufren autismo regresivo.,^{8,-11,13-16}

Los niños autistas son difíciles de tratar desde el punto de vista médico, sobre todo cuando se trata de romper su rutina, pero si ellos y sus familiares llegan al conocimiento consciente de que con el tratamiento logran alivio o al menos no son dañados, se obtiene una cooperación adecuada para llevar a cabo el tratamiento estomatológico. Generalmente en estos pacientes los problemas de salud bucal pasan a un segundo plano, a menos que su familia se preocupe, y

solo reaparecen cuando hay dolores o molestias, que está demostrado exacerbando alteraciones en su conducta, haciéndose más difícil su tratamiento.⁹

Las grandes barreras en la interacción social, comunicación, conducta y alteraciones sensoriales que presentan las personas con autismo dificultan enormemente la atención odontológica. Como resultado de las dificultades que plantea realizarles tan sólo un examen clínico odontológico, la mayoría son atendidos bajo anestesia general, con los riesgos que esto conlleva.⁵

Teniendo en cuenta que en la actualidad el tratamiento más eficaz para este trastorno es la intervención psicoeducativa, ciertas estrategias y técnicas de este tipo pueden ser herramientas útiles para introducirles las acciones clínicas odontológicas. Por tanto, con la elaboración de un programa psicoeducativo, comunicando de forma adecuada el lugar, personal y proceso odontológico que se desea realizar con personas con autismo, podremos obtener una mayor colaboración, facilitándose la ejecución de su examen clínico estomatológico. Paso inicial para plantear un diagnóstico y plan de tratamiento adecuados y posteriormente lograr tratarlos en la clínica dental.^{5, 9}

Los niños y adolescentes con autismo son una prioridad dentro del Sistema Nacional de Salud Pública. En Cuba se destinan los mayores esfuerzos a la prevención de las enfermedades, por lo que es importante conocer cuáles son los principales problemas desde el punto de vista odontológico que afectan a esta población dispensarizada, para de esta forma controlar e identificar factores de riesgo, tomar medidas para su control, comparar los datos con referencias internacionales y disminuir así la morbilidad dentaria.¹⁰

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para caracterizar la salud bucodental de los niños y adolescentes autistas en la escuela de autismo de La Habana "Cheché Alfonso" durante el período comprendido entre noviembre de 2015 a octubre de 2017.

Universo y muestra

El universo estuvo integrado por 65 niños y adolescentes, durante el período de tiempo referido, con edades comprendidas entre los 6 a 19 años, diagnosticados dentro del Trastorno del Espectro Autista, que cooperaran con el examen clínico bucodental y tuvieran el consentimiento informado de los padres.

Variables- Edad, ssexo clasificación Epidemiológica, Tipos de enfermedades bucodentales, Estado Periodontal, COP-D, Tipo de Maloclusión, Enfermedades crónicas, Enfermedades crónicas, Consumo de alimentos azucarados, Enfermedades crónicas

Técnicas y procedimientos directos

Luego de solicitar la autorización a la institución involucrada, el consentimiento informado a los padres de los escolares y el apoyo tanto a estos, como a los profesores y auxiliares de cada aula, se realizó el estudio durante tres etapas:

- Entrevista a los padres o tutores.
- Familiarización con los alumnos.
- Examen estomatológico.

Primera etapa. Se utilizó el marco de las reuniones de padres para solicitar autorización por escrito y realizar las entrevistas que permitieran recoger los datos para confeccionar la primera parte de la historia clínica.

Segunda etapa. Se comienza la intervención psicopedagógica con el objetivo de lograr mayor cooperación en el momento de la realización del examen físico. Se visitaron las aulas por primera vez utilizando un uniforme sanitario que no fuese la tradicional bata blanca o sea, de colores y que tuviera algún tipo de distracción como un dibujo o algún juguete pequeño que se pudiera adherir a la bata. Siempre se llevó puesto el mismo uniforme para que funcionara como una herramienta psicopedagógica de refuerzo a nuestra visita. Se utilizó un taipodón con cepillo dental de tamaño grande que les llamara la atención para realizar una actividad interactiva que les ayudara a relacionar el taipodón con la visita y para que no sintieran que se invadía su espacio tan bruscamente con un examen clínico inicial. Se pretendió pasar a formar parte de una de las tantas actividades y rutinas que tenían planificadas dentro de su agenda escolar, para lograr así

ubicación dentro de su zona de confort. Todos estos elementos les brindan a los niños con autismo más seguridad debido a la poca capacidad que tienen muchos para adaptarse a nuevas situaciones.

Tercera etapa: Previa coordinación con los maestros, el día anterior a nuestra visita, se utilizó en el aula métodos psicopedagógicos apoyados por imágenes, pictogramas y el taipodón que utilizamos en la primera visita, para anticiparles a los niños nuestra presencia y que la misma resultara lo menos estresante posibles para ellos.

En el examen clínico estomatológico, se utilizó la luz natural, un espejo y explorador y los datos se recogieron por una Licenciada de Atención Estomatológica que asistió el examen para completar el dentigrama correspondiente a cada unidad de estudio.

La caries dental fue diagnosticada cuando existiera cavidad evidente y reblandecimiento detectable. Se observó si existía PDB, cálculo significativo en los sextantes para evaluar la higiene bucal y el aspecto y palpación de la encía fueron datos importantes para diagnosticar la enfermedad periodontal.

Para el diagnóstico de maloclusiones se tuvo en cuenta aspectos como relación de molares y caninos, mordidas abiertas, mordidas cruzadas, resalte, sobrepase, malposiciones dentarias, apiñamiento, simetrías y proporcionalidad faciales.

Todas las actividades fueron realizadas en el horario de la tarde para no interferir en la actividad docente de la escuela, dentro del aula que le corresponde a cada alumno.

Índices utilizados en el estudio (Anexo 1):

- Índice periodontal de Russell forma OMS revisado (IP-R):
- Índice COP-D
- Índice ceo-d
- Índice de maloclusiones (Índice de la OMS)
- Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S) La escala utilizada fue de 0-1.2 Buena ,1.3-3 Regular, 3.1-6 Mala.

Técnicas y procedimientos generales

Estrategia de búsqueda bibliográfica

Se emplearon bases de datos biomédicas: PUBMED, EBSCO, LILACS previo uso de los descriptores de salud para delimitar las palabras claves para la búsqueda de información bibliográfica, como son: autismo, caries dental, periodontopatías, maloclusiones, exodoncia. Se restringió la búsqueda para el caso, relacionada con especialidad de Psicología y Estomatología a partir de 2011 hasta 2016 (resultando para un 85 %)

Obtención y recolección de datos

Se obtuvo la información de la Historia Clínica Individual Modelo 4702-4 de los pacientes seleccionados (Anexo 2), donde aparecían tanto los datos generales de ellos como los aspectos resultantes del examen estomatológico individual, según cada variable. El examen y la recopilación de la información se llevaron a cabo por el propio investigador y con ayuda asistencial de un Licenciado en Atención Estomatológica.

Procesamiento de datos y análisis de los resultados

Se creó una base de datos automatizada en Microsoft Excel, utilizando el paquete estadístico SPSS 15.0 para WINDOWS, se hizo el análisis y resumen de los datos, comprobándose que, para cada variable registrada no existieron valores extremos, inconsistentes o perdidos. Se efectuó la descripción de cada cuadro y los resultados se compararon con los hallazgos de otros autores sobre la base de un análisis que permitió dar salida a los objetivos propuestos, llegar a conclusiones y emitir recomendaciones pertinentes.

Las técnicas estadísticas descriptivas permitieron que se emplearan unidades de resumen según la naturaleza de las variables seleccionadas; para las cualitativas, las frecuencias absolutas, frecuencias relativas e índice y para las cuantitativas la media, como medida central y desviación estándar como medida de dispersión.

Consideraciones éticas

Acorde a los principios de ética médica se solicitó la autorización a la dirección de la institución, para realizar el trabajo, así como el consentimiento informado

de los padres o tutores de los niños involucrados. Se les informó a través de este documento el objetivo del estudio y se explicó que se realizaría cualquier aclaración de dudas que los padres o tutores de cada niño precisaran, así como se respetaría el deseo de abandonar el estudio si lo estimaran conveniente. Además, la autora mantuvo la información y resultados de esta investigación bajo estricta discreción y confidencialidad, solo se hará divulgación científica. Terminada la investigación se les informó el resultado de la misma.

RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de niños y adolescentes seleccionados según edad y sexo

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
6 – 9	16	24,6	6	9,2	22	33,8
10 – 14	21	32,3	8	12,3	29	44,6
15 – 19	11	16,9	3	4,6	14	21,5
Total	48	73,8	17	26,2	65	100

En la tabla 1 se observa que predominó el sexo masculino (73,8%), según la edad, resultó ser el grupo de 10 – 14 años el que aportó la mayor cifra con 44,6% de la totalidad de casos.

Tabla 2: Distribución de niños y adolescentes seleccionados según edad y clasificación epidemiológica.

Edad	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Grupo IV	
	No	%	No	%	No	%	No	%
6 - 9	0	0	8	12,3	14	21,5	-	-
10 – 14	0	0	2	3,1	24	36,9	3	4,6
15 – 19	0	0	1	1,5	9	13,8	4	6,2
Total	0	0	11	16,9	47	72,3	7	10,8

En la tabla 2 se muestra que, según la clasificación epidemiológica establecida para la dispensarización en el Programa Nacional de Atención Estomatológica

Integral, la mayor cantidad de casos estudiados están dentro del Grupo III, resultado esperado si se tiene en consideración que el grupo seleccionado para el estudio son pacientes especiales y por tanto presentan un gran número de factores de riesgo que conllevan a la enfermedad y/o discapacidad. No se diagnosticaron pacientes del Grupo I, debido precisamente a los múltiples factores de riesgo a que están expuestos los niños y adolescentes estudiados.

Tabla 3. Distribución de niños y adolescentes seleccionados, según edad y enfermedades bucodentales.

Edad	Caries dental		Maloclusión		Periodontopatías	
	No	%	No	%	No	%
6 - 9	6	9,2	5	7,7	14	21,5
10 – 14	12	18,5	7	10,8	25	38,5
15 – 19	4	6,2	3	4,6	13	20,0
Total	22	33,8	15	23,1	52	80,0

Según los resultados mostrados en la tabla 3, se puede observar que la mayor proporción de niños y adolescentes presentaron periodontopatías, lo cual se correspondió con un 80, 0 % del total de pacientes que conforman el universo de estudio, siendo el 38,5 % pertenecientes al grupo de edad de 10-14 años.

Le siguieron en orden decreciente la caries dental con 22 pacientes que representan el 33,8% y en último lugar los que mostraron maloclusión, correspondiéndoles el 23,1% de la totalidad de la población estudiada.

Tabla 4. Distribución de niños y adolescentes seleccionados según Edad y Estado periodontal

Edad	Encía Sana		Gingivitis		Gingivitis Moderada		Gingivitis Severa	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
6-9	8	12,3	4	6,1	10	15,4	0	0
10-14	4	6,1	10	15,4	13	20,0	2	3,1
15-19	1	1,5	3	4,6	7	10,8	3	4,6
Total	13	20,0	17	26,1	30	46,1	5	7,7

La tabla 4 muestra que un 20% de la muestra no presenta enfermedad periodontal, dato sobre el que influye las tempranas edades de los pacientes estudiados y la atención directa de la familia sobre su salud dental. De este dato se puede concluir que un 80% padece algún tipo de la enfermedad, en este caso

la mayor cantidad de casos correspondió con gingivitis moderada, para un 46,1%, lo cual debe ser motivación para continuar trabajando sobre la prevención. No hubo casos de periodontitis.

Tabla 5. Distribución de niños y adolescentes seleccionados según edad, ceo-d y COP-D

Edad	ceo-d				Índice ceo-d
	Pacientes examinados	dientes cariados	dientes obturados	dientes perdidos	
6-9	22	6	10	0	0,7

Edad	COP-D				Índice COP-D
	Pacientes examinados	dientes cariados	dientes obturados	dientes perdidos	
10-14	29	10	45	3	2.2
15-19	14	3	18	4	1,7
Total	43	13	63	7	1,9

En el caso de la dentición temporal se observa en el Índice ceo-d un resultado favorable respecto a la prevalencia de caries dental para un promedio de 0,7; que habla a favor de la ganancia en educación para la salud respecto a padres o tutores. El Índice COP-D para este grupo de edades sufre un aumento con respecto al ceo-d debido sobre todo a dientes obturados, es decir, con la edad aumenta la prevalencia de caries dental. (Tabla 5).

Tabla 6. Distribución de niños y adolescentes seleccionados según edad y tipo de maloclusión.

Edad	Sin maloclusión		Maloclusión leve		Maloclusión moderada/severa	
	No	%	No	%	No	%
6 - 9	17	26,1	4	6,1	1	1,5
10 – 14	22	33,8	4	6,1	3	4,6
15 – 19	11	16,9	2	3,1	1	1,5
Total	50	76,9	10	15,4	5	7,7

La Tabla 6

muestra que no existe una alta prevalencia de maloclusiones, observándose el

76,9% de la muestra sin enfermedad. Solo se observó 7,7% de maloclusiones severas y 15,4% en el caso de las moderadas, dato favorable para los pacientes estudiados si se tiene en cuenta que la intervención estomatológica para corregir maloclusiones se hace extremadamente difícil, desde la corrección de hábitos, hasta la instalación de tratamientos aparatológicos debido a la falta de cooperación que comúnmente existe en dicho grupo.

Tabla 7. Distribución de niños y adolescentes seleccionados, según edad y enfermedades crónicas.

Edad	Enfermedades Crónicas					
	Diabetes Mellitus		Asma bronquial		Epilepsia	
	No	%	No	%	No	%
6 - 9	0	0	5	7,7	1	1,5
10 - 14	1	1,5	1	1,5	2	3,1
15 - 19	1	1,5	1	1,5	1	1,5
Total	2	3,1	7	10,8	4	6,2

En la tabla 7 se muestra que dentro de las enfermedades crónicas no trasmisibles tenidas en consideración para esta investigación, estuvo presente en mayor frecuencia el asma bronquial (10,8%) del total.

Tabla 8. Distribución de niños y adolescentes seleccionados según edad e higiene bucal.

Edad	Higiene Bucal					
	Buena		Regular		Mala	
	No	%	No.	%	No	%
6 - 9	5	7,7	13	20,0	4	6,1
10 - 14	2	3,1	20	30,8	7	10,8
15 - 19	1	1,5	9	13,8	4	6,1

Total	8	12,3	42	64,6	15	23,1
-------	---	------	----	------	----	------

En la Tabla 8 se puede apreciar que 64,6% presentó una higiene bucal regular, sobre todo en edades comprendidas entre 10 a 14 años de edad, dato que justifica la aparición de enfermedades bucodentales en el grupo de estudio. La higiene bucal es uno de los pilares fundamentales que deben ser logrados, brindando un fuerte trabajo de educación para la salud sobre todo a los padres, para que ellos puedan realizar la prevención de caries y periodontopatías fundamentalmente.

Tabla 9. Distribución de niños y adolescentes seleccionados según Edad y Consumo de alimentos azucarados.

Edad	Alimentos sólidos azucarados con las comidas		Alimentos sólidos azucarados entre comidas		Alimentos líquidos azucarados con las comidas		Alimentos líquidos azucarados entre comidas		Modo combinado de ingerir estos alimentos	
	No	%	No	%	No.	%	No	%	No	%
6- 9	1	1,5	2	3,1	1	1,5	2	3,1	16	24,6
10 - 14	3	4,6	5	7,7	4	6,2	2	3,1	15	23,1
15 – 19	1	1,5	1	1,5	3	4,6	1	1,5	8	12,3
Total	5	7,7	8	12,3	8	12,3	5	7,7	39	60,0

El 60,0% de la población seleccionada para el presente estudio, consume modos combinados de alimentación, es decir que ingieren las diferentes formas de alimentos azucarados sólidos y líquidos en diferentes momentos del día, muy pocos padres limitan el consumo de dichos alimentos. No obstante, durante su estancia en la escuela se exige el cepillado luego del almuerzo. (Tabla 9).

DISCUSIÓN

La Odontología del paciente discapacitado plantea retos para el profesional que acepta la responsabilidad de brindar atención a niños con este problema, sin embargo, no significa que sea tan diferente a la practicada en niños con condiciones intelectuales conservadas. Algunas discapacidades se asocian a problemas dentales severos como bruxismo, maloclusiones, gingivitis, caries dental, relacionado muchas veces a la dieta o a la dificultad para realizar una higiene adecuada.¹⁰

Las variables estudiadas en el presente trabajo tuvieron un comportamiento similar al de otras investigaciones, tal es el caso del sexo y la edad registrados. En todos los grupos etáreos estudiados, el sexo masculino fue el predominante como mismo se aprecia en la literatura. Un estudio realizado en Perú arrojó un mayor porcentaje (93,75%) de niños autistas del sexo masculino. Estos datos encontrados concuerdan con los publicados por la Asociación Americana de Psiquiatría que estableció para el autismo en 2014, que la proporción de varones con respecto de las mujeres era de 5 a 1.^{9,10}

Con respecto a la edad de los autistas se encontró una mayor frecuencia en el grupo etáreo de 10 a 14 años (56,25%) siguiéndole el grupo de 6 a 9 años (31,25 %) lo cual no corresponde con los datos actualizados mundialmente que exponen un crecimiento en el número de casos diagnosticados cada año o sea debió encontrarse un mayor grupo de pacientes en las edades más tempranas.^{11, 12}

Teniendo en cuenta lo establecido para el diagnóstico epidemiológico, que se realiza por los profesionales del servicio de estomatología en la atención primaria de salud, la mayor proporción de casos estudiados en el presente trabajo resultó corresponder al Grupo III.. Con relación al grupo IV se observó que solo le correspondieron un 10,8 % de los pacientes seleccionados, considerándose se deba a que los mismos fueron menores de 19 años, o sea en edades tempranas, prevalece la enfermedad sobre la discapacidad.

Dentro de las enfermedades bucodentales estudiadas, las periodontopatías ocuparon el primer lugar, representadas por un 80,0% seguidas en orden decreciente por la caries dental y las maloclusiones. La caries dental ocupó la

segunda afección en frecuencia durante el examen odontológico de la población estudiada para un 33.8 %. En una investigación sobre la salud bucodental en niños de 3 a 14 años se obtuvieron resultados similares y observaron que con relación a los trastornos del periodonto y el número de dientes cariados, ocuparon la proporción más elevada los niños autistas.¹³

Otras investigaciones, relacionadas con la patología bucodental y el autismo, arrojaron un alto porcentaje de enfermedades periodontales, lo cual entra en concordancia con el presente estudio.^{14,15,16}

En cuanto a la severidad de la enfermedad periodontal, se encontró que el 46,1%, corresponde a gingivitis moderada, según la clasificación del Índice de Russel revisado por la OMS. Existe una posible explicación al problema de la gingivitis en estos niños autistas, que puede ser el efecto de la medicación que toman (metilfenidato, fluoxetina, sertralina, litio, valproato).^{15,16}

Es válido señalar que no se encontraron casos de periodontitis en la población de estudio, lo que es consistente con estudios realizados para estas edades a nivel global donde la mayoría de los jóvenes presentan signos de gingivitis; la periodontitis afecta a minorías.¹⁶

Las cifras obtenidas en la presente investigación con niños y adolescentes autistas, no distan de las declaradas en estudios internacionales y nacionales anteriormente referidos.

En el presente trabajo se observó que el índice de ceo-d en el grupo etéreo de 6-9 años superaba las cifras propósito de la OMS para un resultado de 0,7; promedio que habla a favor de una meritoria labor de padres y tutores en cuanto al cuidado de estos niños, también se debe destacar el papel que juega el Programa Nacional de Atención Estomatológica que se lleva a cabo con especial énfasis en el grupo poblacional estudiado, en primer lugar por ser discapacitados y en segundo lugar por ser menores de 19 años.

En el caso del COP-D total en los dos grupos etéreos estudiados es igual a 1,9 y se observa que el resultado sufre un ligero aumento con la edad si lo comparamos con el índice ceo-d, dato que se encuentra en correspondencia con Ebtissam. M. que después de llevar a cabo en estudio en un grupo de personas con autismo de los Emiratos Árabes Unidos, los hallazgos a los que llega es que

el porcentaje de dientes cariados, perdidos y obturados va en aumento con la edad.¹⁷

La otra enfermedad bucodental que se tuvo en cuenta en el presente trabajo fueron las maloclusiones, es llamativo el hecho de que el 77,9 % de la muestra no poseían maloclusiones, registrándose la misma solo en un 22,1 % , siendo la enfermedad bucodental de menor prevalencia. No obstante, en estudios comparativos, en un grupo de pacientes autistas, se comprobó que las maloclusiones siempre quedaban en cifras porcentuales inferiores respecto a caries o paradontopatías, dato que perfectamente entra en concordancia con el presente estudio.¹⁸

Teniendo en consideración las enfermedades crónicas no trasmisibles que se registraron en el presente estudio, se observó que la mayor prevalencia de ellas en los pacientes estudiados fue el asma bronquial para un 10,8 % de afectados. En la presente investigación la mayor proporción de casos obtuvo una evaluación para el indicador de higiene bucal Regular con un 64,6 %, esto significa que más del 50 % de los pacientes estudiados están expuestos a una higiene bucal inadecuada que actúa directamente como coadyuvante a la aparición de las enfermedades anteriormente comentadas. Si tenemos en cuenta que solo el 12,3 % de los niños y adolescentes seleccionados tuvieron una higiene bucal buena, es muy importante y además necesaria la labor educativa y orientadora a padres y tutores responsables del cuidado de estos pacientes, por parte del personal estomatológico con el objetivo de mejorar el estado de salud oral de los mismos en todos los países, independientemente de su grado de desarrollo.^{19,20}

Se considera que existe una estrecha relación entre la práctica de una higiene oral adecuada y la prevención de estas patologías bucodentales. En la presente investigación la mayor proporción de casos obtuvo una evaluación para el indicador de higiene bucal Regular con un 64,6%, esto significa que más del 50% de los pacientes estudiados están expuestos a una higiene bucal inadecuada que actúa directamente como coadyuvante a la aparición de las enfermedades anteriormente comentadas. Si tenemos en cuenta que solo el 12,3 % de los niños y adolescentes seleccionados tuvieron una higiene bucal buena, es muy

importante y además necesaria la labor educativa y orientadora a padres y tutores responsables del cuidado de estos pacientes, por parte del personal estomatológico con el objetivo de mejorar el estado de salud oral de los mismos

En la muestra analizada en el presente estudio se comprobó que los niños poseían patrones dietéticos altamente cariogénicos ya que el mayor consumo de alimentos azucarados fue el de tipo mixto, o sea, el 60% de los niños podían consumir indistintamente alimentos azucarados líquidos o sólidos en cualquier momento del día. Aunque se exige el cepillado en horario escolar, se realiza de forma individual y con poca cooperación respecto a los auxiliares y maestros debido a que tienen bajo su cuidado muchos niños por aula, factor que conspira contra el correcto cepillado que generalmente debe ser asistido en estos casos.

Según otros investigadores, la fijación que muestran estos niños con respecto a la dieta, además de las rutinas estrictas y predilección por los alimentos blandos y azucarados, hacen que presenten una susceptibilidad mayor a la caries dental y quizás influya también en la presencia de enfermedad periodontal. Debido a la mala coordinación motora de la lengua, estos niños suelen entretener la comida, en vez de deglutirla. Además es posible que ciertos alimentos dulces usados como técnica durante las terapias aplicadas para modificar la conducta, como por ejemplo: los caramelos, jugos azucarados, miel de abeja, mantequilla de maní entre otros, podrían contribuir a tasas altas de caries dental.^{20,21}

CONCLUSIONES

En la población estudiada predominó el sexo masculino en todos los grupos de edades, siendo el de 10- 14 el más numeroso. Dentro de la clasificación epidemiológica se encontró mayor representación en el Grupo III. Se observó mayor prevalencia de periodontopatías, seguido de caries dental y maloclusiones en ese orden decreciente. La gingivitis de tipo moderada predominó en los autistas estudiados, el índice COP-D mostró un ligero aumento con la edad y se observó una pequeña representación de maloclusiones. El asma bronquial como enfermedad crónica no transmisible fue la más observada en esta población. De los hábitos estudiados, la mayoría de los niños y

adolescentes realizaban una higiene bucal inadecuada y en los patrones dietéticos se constató una alta ingestión de las diferentes formas de alimentos azucarados sólidos y líquidos en diversos momentos del día.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olivencia P. Actualidad y Noticias, RODOE, España. Nov2012; 6(15):15-8.
2. Rodríguez A. Programa de atención estomatológica a la población con retraso mental. *Rev. Cubana de Estomatología*. Cuba. Mayo 2001; 12(34):409-13.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Temas de salud: definición de discapacidad. 30 Nov 2012 Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>. Consultado octubre 2, 2016.
4. Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico. 28ª ed. Salamanca, España: Ediciones Universidad de Salamanca; 2004. Autismo; p 68.
5. Marchena L. Atención estomatológica a pacientes discapacitados. *REDOE*. Universidad de Sevilla. 2015; 8(25):24-7.
6. Silvestre FJ, Plaza A. *Odontología en pacientes especiales*. Valencia, España. Universidad de Valencia; 2007, 3(17):15-32.
7. Caronna EB, Milunsky JM, Tager-Flusberg H. Autism spectrum disorders: clinical and research frontiers. *ArchDisChild*. Toronto; 2013;2(6): 518–23.
8. Stefanatos GA. Regression in autistic spectrum disorders. *Neuropsychol Rev*. 2008; 18(4): 305–405.
9. Filomeno, A. El Síndrome de Asperger y otros trastornos del espectro autista. *Periódico Gestión Médica*. 2006, Sept.4; Secc .2 (18-19).
10. American Psychiatric Association. Autism Spectrum Disorder. En: Danielson T. *Diagnostic and Statistical. Manual of Mental Disorders*. EEUU: 5a Ed. American Psychiatric Publishing; 2014. p. 50–59.
11. Valdés M A. Atención al paciente especial. En: *Estomatología General Integral*. 1ra Ed. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas; 2013.p.346-356.
12. Newschaffer CJ, Croen LA, Daniels J. The epidemiology of autism spectrum disorders. 2013. [Annu Rev Public Health] USA. 2016. Disponible en: <http://www.annurev. publhealth.28.021406.com>. Consultado octubre 2, 2016.

13. Brugha T, Cooper SA, McManus S. Estimating the prevalence of autism spectrum conditions in adults. The Information Rev for Health and Social Care. Colorado. Oct 2014; 3(6):45-9.
14. Ravelo V, Ramos L. Autismo Infantil: Trastornos dentales y digestivos asociados. Rev Hosp Psiquiátrico Habana. 2014; 2(3):55-9.
15. Pirela MA, Rosa CV, Manzano M. Patología bucal prevalente en niños excepcionales. Acta odontol. Informe No. 4. Venezuela. 2015; 1(3):77-83.
16. Hidalgo M. y cols. Valoración médico-legal de la patología bucodental de las personas con autismo en Valladolid y Burgos. [Tesis Doctoral] Valladolid y Burgos, España: Universidad de Valladolid. Facultad de Medicina; 2013. Disponible en: <http://www.autismovalladolid.com/>. Consultado febrero 4, 2016.
17. Ebtissam M. Oral health status, dental needs, habits and behavioral attitude towards dental treatment of a group of autistic children in Riyadh, Saudi Arabia". Saudi Dental Journal. 2015; 2(3): 132-139.
18. Ago ME, Zepeda MA, 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. Revista ADM 2014; 1(3):98-104.
19. Chicaíza D. Raquel V. Los hábitos orales como modificantes de los parámetros funcionales de la oclusión dental. Rev Facultad Piloto de Odontología. Universidad de Guayaquil, Jun 2014; 26(43): 35-9.
20. Solís B; Catril R; Parra F; Quemener J. Estudio comparativo de enfermedades dentales en autistas. Rev Facultad de Odontología de Concepción, España. Sep 2014; 16(23):23-6.
21. Kopel H. The Autistic child in dental practice. Journal of dentistry for children July – August 2016; 25(44): 302-9.

Recibido: 10 de enero de 2021

Aceptado: 15 de febrero de 2021

Adonay Sandoval Barrios. Policlínico Universitario "Elpidio Berovides La Lisa. La Habana, Cuba

Correo electrónico: adonayainfomed.sld.cu 535 2959324

Anexo 1. Índices utilizados

- Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S)

Este índice recurre a los mismos criterios que se utilizan para el índice de higiene bucal. La metodología difiere fundamentalmente en lo que respecta al número y tipo de superficies que se evalúan. En esta versión simplificada solo se adjudican puntajes a 6 y no a 12 dientes, un diente de cada uno de los 6 segmentos; además, únicamente se evalúa una superficie de cada diente. En cada uno de los 4 segmentos posteriores se examina el primer diente erupcionado por completo hacia distal del segundo premolar, que generalmente, aunque no siempre, es el primer molar.

Se adjudican puntajes a las superficies vestibulares de los molares superiores y a las superficies linguales de los inferiores. En los segmentos anteriores se consideran las superficies vestibulares de los incisivos centrales superior derecho e inferior izquierdo. Se puede utilizar el incisivo central del lado opuesto si está ausente el diente por evaluar.

Este índice evalúa 2 de los principales factores de riesgo: placa dentobacteriana y cálculo supragingival en 6 superficies de los dientes: 11, 31, 16, 26, 46, 36. Evalúa la higiene oral de una comunidad y solo se requiere espejo y explorador. Como el índice de detritus simplificado (ID-S) y el índice de tártaro simplificado (IT-S) se confeccionan ahora sobre la base de la suma de 6 y no de 12 puntos, cada uno con rango de 0-3, y pese a esto se les sigue dividiendo por el número de segmentos, el puntaje máximo de los 6 segmentos es $18/6=3$. El IHB-S es la suma de los ID-S e IT-S y su rango es 0-6.

- Diente Superficie.
 - o 16 vestibular.
 - o 26 vestibular.
 - o 46 lingual.
 - o 36 lingual.
 - o 11 vestibular.
 - o 31 vestibular.
- Índice colectivo = Suma de índices individuales / No. de personas evaluadas
 - Índice de Maloclusión (OMS. 1981)

Evalúa de manera general la presencia de maloclusiones a partir de 3 criterios:

1. Normal: ninguna anomalía.
2. Leves: anormalidades leves (como 1 diente o más girados, inclinados o con leve apiñamiento o espacio que interrumpe la alineación normal de los dientes).
3. Moderada o severa: anormalidades importantes, con una condición o más en los incisivos anteriores:
 - a) Overjet maxilar de 9 mm o más.
 - b) Overjet mandibular, mordida cruzada anterior igual o mayor que la totalidad del diente.
 - c) Mordida abierta.
 - d) Desviación de la línea media mayor que 4 mm.
 - e) Apiñamientos o espacios superiores a 4 mm.

La obtención de este índice es sencilla, sin embargo, su capacidad discriminatoria es muy baja, está indicado en estudios epidemiológicos en grandes grupos poblacionales, y permite tener una idea general de la presencia de maloclusiones y de las necesidades básicas de tratamiento.

- Índice CPO-D

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EE. UU., en 1935. Se ha convertido en el índice

