

Caracterización de la salud bucodental en autistas pertenecientes a la escuela especial Dora Alonso

Autores: Adonay Sandoval Barrios*. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Dirección Particular: Calle 240 entre 35A y 35 B. No 35A08. San Agustín. La Lisa. Cuba. Dirección de correo electrónico: adonay@infomed.sld.cu.

Leili Seng Montes de Oca.** Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Categoría docente: Asistente. Dirección particular: Calle 230 entre 25 y 25 A, edificio 8, apto 1. La Coronela. La Lisa. Cuba. Dirección de correo electrónico: leili.seng@infomed.sld.cu.

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. **Objetivos:** Caracterizar la salud bucodental en la población seleccionada. **Método:** 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 el año 2016. 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% presentaron 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. También prevaleció como enfermedad bucodental las periodontopatías (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, periodontopatías, maloclusiones.

Abstract

Introduction: Autism is a neurodevelopmental disorder, characterized by alterations of the social interaction, communication and a restricted and repetitive behavior. **Objectives:** To characterize the oral health in the selected population.

Method: A descriptive study was carried out with a cross section design. The universe consisted of 65 children and adolescents under 19 years old from the Autism School of Havana during the year 2016. A bibliographical and documental revision was made in order to search 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, the 72,3% belongs to Group III. The research shows periodontal disease accounts for 80%. .Moderate gingivitis was the most relevant with a 46,1% followed in decreasing order by a 33,8% of patients suffering from dental caries and 23,1% with malocclusion. Oral hygiene turned out to be moderate in a 64,6% of the cases and the 60,0% of the subjects showed signs o frequent intake of sugary foods. **Conclusions:** male prevalence was observed, as well as patients belonging to Group III. Periodontal disease prevailed at the expense of moderate gingivitis. Most practiced an inadequate oral hygiene and their consumption of sugary foods in a variety of ways was quite remarkable..

Key words: autism, dental caries, periodontal disease, malocclusion

INTRODUCCION

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

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 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 repetitivo⁴, donde destaca la carencia de facultades sociales. Los demás signos distintivos son ausencia de empatía, lenguaje e imitación deficiente, entre otros.^{2,3}

Las cifras de autistas reportadas hoy en día en diversas zonas geográficas son muy variadas, por diferencias en los criterios aplicados por los investigadores y la región en cuestión. En Cuba hay alrededor de 300 personas con Trastorno del Espectro Autista, en Camagüey hay 21 niños con Trastorno del Espectro Autista de 3 a 12 años, así como 104 en la Habana, con prevalencia del sexo masculino.⁴⁻⁶

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. Teniendo en cuenta que en la actualidad el tratamiento más eficaz para este trastorno es la intervención psicoeducativa, 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.^{7, 8}

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 cual nos propusimos caracterizar la salud bucodental de niños y adolescentes autistas en la escuela "Cheché Alfonso" de la provincia Habana en el período comprendido entre noviembre de 2015 a octubre de 2017. Dentro de esta caracterización vamos a especificar cómo se distribuye la población en estudio según grupos de edades y sexo. Identificaremos los diferentes grupos según Clasificación Epidemiológica. Caracterizaremos las enfermedades bucodentales según grupos de edades y vamos a determinar el comportamiento de hábitos como consumo de alimentos azucarados e higiene bucal según grupos de edades.

Consideramos que de esta forma podemos controlar e identificar factores de riesgo, tomar medidas para su control, comparar los datos con referencias internacionales y disminuir así la morbilidad dentaria.⁹

Método

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

El universo estuvo integrado por 65 niños entre los 6 a 19 años, pertenecientes a la escuela de autismo de La Habana, "Cheché Alfonso", diagnosticados dentro del Trastorno del Espectro Autista que cooperaran con el examen clínico bucodental y tuvieran el consentimiento informado de los padres.

Técnicas y Procedimientos Directos

Luego de solicitar la autorización a la institución involucrada (Anexo 1), el consentimiento informado a los padres de los escolares (Anexo 2) 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: Las entrevistas permitirían 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 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 nuestra visita y para que no sintieran que se invadía su espacio tan bruscamente con un examen clínico inicial. Nos incorporamos a sus rutinas diarias.

Tercera etapa: Según lo programado, el día anterior a nuestra visita, se utilizaron 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.

En el examen clínico estomatológico, se utilizó la luz natural, un espejo bucal No 5 y explorador dental, los datos se recogieron en la historia clínica.

La caries dental fue diagnosticada cuando existiera cavidad evidente y reblandecimiento detectable. Se observó si existía biofilm, 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 facial.

Los Índices utilizados en el estudio fueron: 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).

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 %)

Se obtuvo la información de la Historia Clínica Individual Modelo 4702-4 de los pacientes seleccionados (Anexo 3),

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. Las técnicas estadísticas descriptivas permitieron que se emplearan unidades de resumen. 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. Los resultados para su mejor comprensión se presentaron en forma de tablas.

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 el sexo masculino se presentó con mayor proporción, es decir un 73,8% del total de población estudiada y teniendo en cuenta la variable edad, resultó ser el grupo de 10 – 14 años el que aportó la mayor cifra con un 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 en el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral, la mayor cantidad están dentro del Grupo III. Es un resultado esperado si se tiene en consideración que partimos de que son pacientes especiales y por tanto presentan un gran número de factores de riesgos que conllevan a la enfermedad y/o discapacidad. Por la misma razón no se diagnosticaron pacientes del Grupo I.

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, las periodontopatías estaban presentes en un 80,0 % del total de pacientes, siendo el 38,5 % perteneciente 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 un 23,1% mostraron maloclusión.

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

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

La Tabla 4 muestra 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.

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

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

Edad	COP-D				
	Pacientes examinados	dientes cariados	dientes obturados	dientes perdidos	Índice COP-D
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, el Índice ceo-d un resultado favorable respecto a la prevalencia de caries dental para un promedio de 0,7. El Índice COP-D para este grupo de edades sufre un aumento con respecto al ceo-d debido sobre todo a dientes obturados.

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 hallamos un 7,7% de maloclusiones severas y un 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 tratamiento aparatológico debido a la falta de cooperación que comúnmente existe en dicho grupo.

Tabla 7 Distribución de niños y adolescentes seleccionados según Edad e Higiene Bucal.

Edad	Higiene Bucal					
	B		R		M	
	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 este caso, en la Tabla 7, se puede apreciar que un 64,6% presenta 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.

Tabla 8. 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

Se muestra aquí, que el 60,0% de la población seleccionada para el presente estudio, consumen modos combinados de alimentación, es decir que ingieren las diferentes formas de alimentos azucarados sólidos y líquidos en diferentes momentos del día.

DISCUSIÓN

La Odontología del paciente discapacitado plantea retos para el profesional, sin embargo no significa que sea tan diferente a la practicada en niños con condiciones intelectuales conservadas.¹⁰

Se deben conocer los problemas que un paciente con autismo puede presentar en la cavidad oral y entender la relación que existe entre la enfermedad y el problema bucal para poder tratarlo de manera eficaz y complementar así el diagnóstico que nos dará un excelente resultado.¹¹

VARIABLES estudiadas en el presente trabajo (Tabla 1) tuvieron un comportamiento similar al de otras investigaciones, tal es el caso del sexo y la edad registrados. En todos los grupos etarios 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.^{12,13}

Otros estudios plantean que la relación entre ambos sexos de 1:4 mujer: hombre y no haciendo distinciones entre clases sociales o razas.⁵

Con respecto a la edad de los autistas se encontró una mayor frecuencia en el grupo etario 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.^{4,}

5

Teniendo en cuenta lo establecido para el Diagnóstico Epidemiológico (Tabla 2) que se realiza por los profesionales del servicio de estomatología en la atención primaria de salud, la mayor proporción de casos estudiados correspondió al Grupo III. Dicho resultado (36,9%), como se explicó anteriormente, es un valor esperado si tenemos en cuenta que partimos de individuos discapacitados que son grupos expuestos a riesgos y factores desencadenantes de enfermedades bucodentales. Con relación al grupo IV se observó que solo le correspondió 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. Es oportuno señalar que no se encontraron estudios con esta clasificación para evaluar autismo.

Dentro de las enfermedades bucodentales estudiadas, (Tabla 3) 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%.

Según Pirela, Salazar y Manzano en una investigación sobre la salud bucodental en niños de 3 a 14 años pertenecientes al Instituto de Educación Especial de Maracaibo, Venezuela, 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.¹⁴

Una investigación realizada en España por Hidalgo, relacionada con la patología bucodental y el Autismo, arrojó un alto porcentaje de enfermedad periodontal, lo cual entra en concordancia con el presente estudio.¹⁵

En cuanto a la severidad de la enfermedad periodontal, se encontró que el 46,1%(Tabla 4) corresponde a gingivitis moderada, según la clasificación del Índice de Russel revisado por la OMS. Para Murshid, 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). Si bien el efecto de estos medicamentos a largo plazo sigue siendo desconocido, se sabe que estos antidepresivos inhiben ciertas vías metabólicas teniendo efectos secundarios.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.¹⁷

Araújo aborda en su artículo la prevalencia de la enfermedad periodontal en jóvenes de América Latina y obtuvo una alta prevalencia de la gingivitis leve para el grupo de edad de 15 a 19 años en México; resultados similares se aprecian en Perú.¹⁷

En Cuba, según las estadísticas de la Dirección Nacional de Estomatología describen la epidemiología de la enfermedad periodontal en varias ciudades, se aprecian una alta prevalencia y una moderada severidad tanto en adultos jóvenes como en el resto de las edades.¹⁸

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

La alta prevalencia de caries dental que se presenta en el mundo la sitúa como la principal causa de pérdida de dientes y la convierte en un problema de salud

pública a nivel comunitario. Las metas trazadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), no se han materializado en su totalidad; debido a ello, constituye un reto de la odontología moderna el proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud oral y ejercer un mayor control sobre las mismas.¹⁹

En el presente trabajo se observó que el índice de ceo-d (Tabla 5) en el grupo etario 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 etarios 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 Jaber 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.²⁰

En la literatura revisada con relación a la caries dental y su comportamiento en niños autistas, encontramos criterios diferentes al respecto. Por un lado Morinushi, Ueda y Tanaka en un estudio retrospectivo en Kaogshima, destacan la mejora de la salud oral de estos pacientes en Japón debido a un avance en la calidad del tratamiento de las caries dental, el régimen continuado de visitas al dentista, la mejora de las técnicas de higiene oral y el control de una dieta baja en azúcares.²¹

En contra a estas declaraciones, Muthu y colaborador, formula que, en general, los niños con autismo prefieren alimentos blandos y endulzados, y concluye diciendo que tienden a mantenerlos en la boca en lugar de tragarlos debido a la mala coordinación de la lengua para deglutir, lo que aumenta la susceptibilidad a la caries dental.²²

La otra enfermedad bucodental que se tuvo en cuenta en el presente trabajo fueron las maloclusiones, es llamativo el hecho solo un 22,1% las poseía. Se

observó además que según la clasificación descrita en el Índice de Maloclusiones revisado por la OMS, existía 7,7% de individuos con maloclusiones entre moderadas a severas, resultados que difieren con la literatura revisada, donde se expone que las personas con autismo son poseedoras de una gran cantidad de maloclusiones debido a hábitos deformantes conspiran directamente en la aparición de maloclusiones, creando un detrimento de las funciones principales del sistema estomatognático, impidiendo el bienestar del sujeto.²³

No obstante en estudios comparativos realizados por Solisen un grupo de pacientes autistas de España, se comprobó que las maloclusiones siempre quedaban en cifras porcentuales inferiores respecto a caries o periodontopatías, dato que perfectamente entra en concordancia con el presente estudio.²⁴

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%,(Tabla 7), 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.

Con relación a la higiene bucal en autistas, Rushana en un estudio realizado sobre los factores de riesgo para caries dental y enfermedad periodontal en niños autistas y sanos, aplicó el índice de higiene oral (IHO) de Green y Vermillon, observándose que los autistas obtuvieron un 87,5% para el valor de alto en comparación con el 31,25% que obtuvieron sus hermanos no autistas.³³

Otro estudio realizado referente al tema, compara la higiene bucal con las afecciones bucodentales entre pacientes con autismo y sanos, encontró que los problemas periodontales son los más severos en el primer grupo, sin embargo

en cuanto a la tasa de caries dental resultó comportarse de forma similar en ambos grupos.²⁵

Otros estudios recientes, como el realizado por Collett ponen de manifiesto que el cepillado dental con ayuda de los padres, suele ser más duradero y consigue una mejor salud oral en los niños.²⁶

La adquisición de unos hábitos alimentarios es fundamental para prevenir la aparición de caries dental entre otras patologías. En la muestra analizada en el presente estudio se comprobó que los niños poseían patrones dietéticos altamente cariogénicos (Tabla 8) 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.

Según Kopella 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, entre otros, podrían contribuir a tasas altas de caries dental.²⁷

También existen investigaciones que refieren criterios diferentes, considerando el hecho de que cada vez son más estudiados los aspectos relacionados con la salud de estos niños con características especiales, ello ha contribuido a que existan avances en cuanto al manejo y la orientación de padres, tutores y educadores en general, sobre todo respecto a hábitos y patrones educativos que le brinden calidad de vida al autista y sus convivientes. Sannas por ello apuesta firmemente en el compromiso del cuidado y la prevención de la salud bucodental de las personas con autismo cumpliendo tres principios fundamentales **“Inclusión, tolerancia y respeto”**.²⁸

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. En cuanto a enfermedades bucodentales estudiadas, 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 trasmisible 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. Silvestre FJ, Plaza A. Odontología en pacientes especiales. Valencia, España. Universidad de Valencia; 2007, 3(17):15-32.
3. Caronna EB, Milunsky JM, Tager-Flusberg H. Autism spectrum disorders: clinical and research frontiers. ArchDisChild. Toronto; 2013;2(6): 518–23.
4. 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.
5. 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.
6. Naranjo Álvarez RJ. El autismo. Generalidades, neurobiología, diagnóstico y tratamiento. Rev Hosp Psiquiátrico. Habana. 2013; 3(8):80-6.
7. Marchena L. Atención estomatológica a pacientes discapacitados. REDOE. Universidad de Sevilla. 2015; 8(25):24-7.

8. Barthélemy C, Fuentes J, Howlin P, Van der Gaag R. "Persons with autism spectrum disorders. Identification, understanding, intervention. [Autism europa] 2014. Disponible en: [http:// www. autismeurope.org](http://www.autismeurope.org). Consultado enero 12, 2016.
9. Colectivo de autores. Anexo 25. En: Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. 1ra Ed. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas; 2011. p. 396-401.
10. Valdés MA. Atención al paciente especial. En: Estomatología General Integral. 1ra Ed. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas; 2013.p.346-356.
11. Ravelo V, Ramos L. Autismo Infantil: Trastornos dentales y digestivos asociados. Rev Hosp Psiquiátrico Habana. 2014; 2(3):55-9.
12. Filomeno, A. El Síndrome de Asperger y otros trastornos del espectro autista. Periódico Gestión Médica. 2006, Sept.4; Secc .2 (18-19).
13. 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.
14. Pirela MA, Rosa CV, Manzano M. Patología bucal prevalente en niños excepcionales. Acta odontol. Informe No. 4. Venezuela. 2015; 1(3):77-83.
15. 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.
16. 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.
17. Araújo MG. Epidemiología de la enfermedad periodontal en América Latina. Rev Fundac Juan Jose Carraro. México. 2014; 4(15):32-36.
18. Colectivo de Autores. Estado de salud bucal. Evaluación de la situación periodontal a nivel nacional. Acta Dirección Nacional de Estomatología. Departamento de Dirección Nacional de Estomatología. Cuba. 2015; 2(4):5-6.

19. 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.
20. Hernandez P., Jaber, Ikkanda Z. "Applied behavior analysis: behavior management of children with autism spectrum disorders in dental environments" *J. Am Dent Assoc. USA.* 2013; 54(142): 281-7.
21. Morinushi T., Ueda Y, Tanaka C. Autistic children: experience and severity of dental caries in Kagashima City." *Journal clinic Pediatric dentistry. Japan.*2001; 12(25) 323-8.
22. Muthu M.S., Prathibha K.M. Management of a child with autism and severe bruxism: a case report *J. Indian Soc. Pedod. Prevent. India.* June 2014; 2(5) 27-9.
23. 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.
24. 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.
25. 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: Estudio de seguimiento longitudinal. *Revista ADM. México.*2012; 1(3):98-104.
26. Collett BR, Huebner CE, Wallace E, Gray KE, Speltz ML. Observed child and parent toothbrushing behaviors and child oral health. *Int J PediatrDent. Ontario.* 2015; 13(35):12-7.
27. Kopel H. The Autistic child in dental practice. *Journal of dentistry for children* July – August 2016; 25(44): 302-9.
28. Sannas M. La odontología en el autismo. *Rev Neuropsicol. España.* 2016; 2 (4):305.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de Autorización de la Directora de la Escuela "Cheché Alfonso"

Por la presente expreso que he sido informado de los propósitos y exámenes a realizar en la investigación: **"Caracterización de la salud bucodental en autistas institucionalizados, La Habana. 2016."** Con el pleno conocimiento y seguridad de la necesidad de realización de la misma por parte de los profesionales a cargo de dicha investigación con el propósito de mejorar el estado salud bucal de los escolares.

Como director de la institución autorizo la realización de la misma siempre y cuando la información obtenida por parte de los investigadores tenga carácter totalmente confidencial, sea autorizada por los padres o tutores del escolar.

Cuño y firma

Anexo 2. Consentimiento informado a padres o tutores

Yo _____ autorizo a mi hijo (a) a participar en la investigación titulada: **“Caracterización de la salud bucodental en autistas institucionalizados, La Habana. 2016.”** ejecutada por la Dra. Adonay Sandoval Barrios del Policlínico “Elpidio Berovides”.

Con pleno conocimiento y seguridad de la necesidad de realizarla por parte de los profesionales a cargo, con el propósito de mejorar el estado de salud bucal de la población mediante procedimientos previamente determinados y totalmente inocuos. Ofrezco voluntariamente los datos personales. Estando consciente y dispuesto a que mi hijo (a) sea incluido en el estudio y que una vez iniciado, no lo abandone, de hacerlo debo informarlo y ello no repercutirá en absoluto, para continuar recibiendo las bondades implementadas por el Sistema Nacional de Salud Cubano. La información obtenida por parte de los investigadores tendrá un carácter totalmente confidencial. Por tanto ofrezco mi conformidad por escrito.

Para constancia, firmo la presente a los ____ días del mes _____ del año 20__.

Firma del padre o tutor: _____

Firma del investigador _____

