

ESTADO DE LA SALUD BUCAL EN POBLACION CON DISCAPACIDAD BENEFICIARIA DE LOS PROGRAMAS DEL MUNICIPIO DE MANIZALES

Elaborado por:

ITALIA SOFIA BETANCUR SANCHEZ

CLAUDIA PIEDAD ESTRADA RUEDA

Profesionales Universitarias

Unidad de Salud Pública - Secretaría de Salud Pública

INTRODUCCIÓN

La Discapacidad es una situación que comprende las deficiencias orgánicas o estructurales, las limitaciones en las actividades y las restricciones en la participación de las personas. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales, por lo cual la discapacidad surge de la interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Los tipos de discapacidad pueden ser:

✓ Física/Motora

Es una condición de vida que afecta el control y movimiento del cuerpo, que se presenta cuando existen alteraciones en los músculos, huesos, articulaciones o médula espinal, así como por alguna afectación del cerebro en el área motriz impactando en la movilidad de la persona.

✓ Mental

Es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas como las funciones cognitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización.

✓ Intelectual/cognitiva

Es aquella caracterizada por una disminución de las funciones mentales superiores tales como la inteligencia, el lenguaje y el aprendizaje, entre otras, así como de las funciones motoras en algunos casos.

✓ Sensorial

- Visual: Es la disminución significativa de la agudeza visual del ojo aun con el uso de lentes, o una disminución significativa del campo visual del ojo que conlleva a la pérdida o dificultad al ver con alguno de los ojos.

- Auditiva: Es un déficit total o parcial en la percepción que se evalúa por el grado de pérdida de la audición en cada oído. Puede generar Sordera (deficiencia total o profunda) o Hipoacusia (deficiencia parcial)

✓ Múltiple

Es la combinación de dos o más de las discapacidades anteriores.

De acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF, de la Organización Mundial de la Salud, existen 9 dominios del funcionamiento que pueden verse afectados por la discapacidad, como son:

- Aprendiendo y aplicando conocimiento
- Tareas y demandas generales
- Comunicación
- Movilidad
- Cuidado en sí mismo
- Vida doméstica
- Interacciones y relaciones interpersonales
- Áreas importantes de la vida
- Vida de la comunidad, social y cívica

A diciembre de 2018, nuestro Municipio contaba con 10.669 personas con discapacidad inscritas en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad y se conoce que existe dentro de esta población, un grupo de personas que presentan alteraciones para realizar sus actividades de la vida diaria, AVDs, dentro de las cuales se incluye la higiene personal y el aseo.

La salud oral está estrechamente vinculada a la salud general y bienestar de cada persona. Las personas con discapacidad tienen mayor riesgo a adquirir enfermedades orales, las cuales pueden tener un impacto directo y fatal en su salud, sobre todo en aquellos que tienen ciertos problemas asociados, como inmunocompromiso o con problemas cardiovasculares asociados, ya que la enfermedad dental en estos casos se puede complicar ocasionando septicemias, endocarditis, entre otras patologías.

La salud oral como un elemento imprescindible de la salud en general, ayuda al bienestar del individuo, impide el dolor y suscita una buena calidad de vida. Además, una buena salud oral acrecienta las probabilidades de nutrición

equilibrada, lenguaje y apariencia adecuados, tan trascendentales en una persona cuyas capacidades físicas o mentales se encuentran con alguna limitación. Por ello, es importante crear concientización entre los profesionales de salud y la población en general, acerca del tipo de cuidados que requiere estos grupos vulnerables para prevenir y evitar las enfermedades orales.¹

El manejo odontológico para este grupo de personas con condiciones especiales, evidencia la presencia de barreras al momento de la atención y la falta de experiencia de los profesionales en el manejo de este tipo de pacientes y una orientación adecuada a sus cuidadores.²

De acuerdo con lo anterior, la Secretaría de Salud Pública a través de los Programas de Atención a la Discapacidad y de Salud Bucal, Visual y Auditiva, iniciaron el desarrollo de acciones de valoración del estado de la salud bucal en personas con discapacidad y de actividades de educación en salud para las personas con discapacidad evaluadas y sus cuidadores, tendientes a lograr una caracterización de la situación que permita la implementación de acciones oportunas por parte de las entidades prestadoras de servicios de salud y el direccionamiento de los procesos de asistencia técnica a los profesionales de la salud a cargo de estos servicios en beneficio de la población de interés.

1. OBJETIVO DEL PROYECTO.

Evaluar la salud bucal de la población con discapacidad beneficiaria de los programas de atención y rehabilitación de la Secretaría de Salud Pública del Municipio de Manizales

1.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a. Identificar las condiciones sociodemográficas de la población objeto
- b. Describir el estado de la salud bucal de la población con discapacidad objeto de la intervención
- c. Establecer las intervenciones a desarrollar a nivel individual y familiar según hallazgos

¹ Martínez M. Guía para el cuidado de la salud oral en pacientes con necesidad de cuidados especiales de salud en México. www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od115d.pdf

² Giraldo Z. Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/4611/pdf>.

2. CONCEPTUALIZACIÓN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud bucal como un elemento esencial de la salud general y del bienestar, que impacta significativamente en la calidad de vida, así mismo es uno de los aspectos que afectan las percepciones sobre calidad de vida. La Asociación Dental Canadiense señala que la salud bucal “es un estado de los tejidos de la boca y de las estructuras relacionadas que contribuye positivamente al bienestar físico, mental y social, al bienestar y disfrute de las posibilidades de la vida, permitiendo al individuo hablar, comer y socializar sin obstáculos por el dolor, incomodidad o vergüenza”.

Sin embargo, la caries dental sigue siendo la condición que con mayor frecuencia afecta la salud bucal en el mundo, llegando a presentarse entre el 60 y 90% de la población escolar y adulta, descrito así por la organización mundial de la salud en el año 2002. Se reconoce como un problema prevenible, que si se realizan las acciones de educación y atención puede evitarse y de esta manera disminuir consecuencias que afecten a la salud en todos los cursos de vida y específicamente en población vulnerable o con discapacidad.

La caries dental viene siendo diagnosticada por muchos años de manera tradicional por medio de una medición de diagnóstico de caries cavitacionales (ruptura del esmalte dental) y con criterios de diagnóstico basados únicamente en la presencia o no de caries dental, pero esto ha ido evolucionado pues hoy en día se habla que la caries dental es una enfermedad multifactorial que debe ser diagnosticada a partir de diferentes factores que contribuyen a su formación, además es importante tener en cuenta que la valoración del riesgo para caries dental se convierte en un aspecto trascendental que establece un análisis de riesgo individual del paciente, el cual es un paso importante en el manejo de caries para que en general se logren mejores resultados para los pacientes.

Actualmente el diagnóstico de caries dental se diferencia sustancialmente del tradicional basado en el explorador y el índice COP (cariados, obturados o perdidos). La percepción antigua reflejaba el proceso histórico en el que la caries dental se refería a un punto final, la cavidad y la pérdida dental y no a todo un proceso de enfermedad, como se considera en la actualidad. El estudio de la caries dental y el diagnóstico ha venido en evolución constante por ello los criterios ICDAS, cuyo sustento teórico refleja el entendimiento actual de la patología; se describen los antecedentes históricos del desarrollo de ICDAS, sus principales características, y se exponen estrategias de integración al proceso diagnóstico actual en pro de una mayor conservación de la estructura dentaria y con base en la evidencia científica.

El término caries dental se refiere a una patología en los tejidos dentales duros, que abarca progresivamente desde la pérdida inicial de minerales a nivel iónico pasando por las primeras manifestaciones clínicas y, finalmente, hasta la pérdida de tejido dental. En la actualidad es claro que el inicio del proceso de caries dental sea inevitable a nivel de los cristales de hidroxapatita; sin embargo, la progresión de una lesión microscópica a una lesión clínicamente detectable y, la progresión de una lesión temprana (lesión de mancha blanca) no es definitiva, ya que en sus estadios tempranos el proceso puede ser detenido y una lesión de caries puede convertirse en inactiva.³

El análisis de riesgo individual para caries dental valora la probabilidad de desarrollo de nuevas lesiones o la progresión de la caries. Esto implica que los individuos se les clasifiquen en riesgo bajo, moderado o alto; de acuerdo a una evaluación de hábitos de vida saludables que ayudan a disminuir o aumentar el riesgo de nuevas lesiones de caries dental.

La salud bucal tiene una relación estrecha con la salud general de los individuos debido a que el adecuado estado de salud bucal contribuye a la alimentación, deglución, fonación y masticación adecuadas como aumento en la calidad de vida de las personas, así mismo por los factores de salud general puede afectar la salud bucal de las personas teniendo en cuenta dentro de ello el consumo de medicamentos que puede alterar la producción salival de las personas y por ende aumentar el riesgo de caries dental, para este caso específico algunas de las personas con discapacidad motora pueden tener dificultades en la realización de una adecuada higiene bucal, lo que aumentará el acumulo de restos alimenticios y de placa bacteriana produciendo un aumento en el riesgo de producir caries dental.

La pérdida dental en la población no solo se debe a la caries dental, si bien es la principal causa de morbilidad bucal, quien le sigue a este factor es la enfermedad periodontal, la cual se define como la afectación patológica del tejido de soporte del diente que incluye encías, hueso alveolar y ligamento periodontal. Su clasificación va desde sano, gingivitis (inflamación de las encías), periodontitis (pérdida del nivel de inserción del diente en el alveolo – hueso) y esta puede estar clasificada en aguda y crónica de acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad.

Todo lo anterior se tuvo en cuenta para este estudio con el fin de definir el riesgo individual de caries dental de las personas con discapacidad y con ello crear un plan de manejo individual que apunte a disminuir los factores de riesgo y la

³ Martignon S. Téllez M. Criterios ICDAS: de la caries dental Nuevas perspectivas para el diagnóstico. Unidad de Investigación en Caries UNICA-B

probabilidad de caries dental o buscar la inactividad de las lesiones de caries ya existentes.

3. METODOLOGÍA.

Durante el año 2018, la Secretaría de Salud Pública realizó un diagnóstico de las condiciones de la salud bucal en 440 personas con discapacidad pertenecientes a sus programas de atención en rehabilitación, el cual de manera indirecta generó acciones de prevención de patologías bucales.

La valoración del estado de salud bucal, indagación de hábitos de vida saludables, se realizó mediante examen clínico, que incluyó odontograma, control de placa, diagnóstico endodóntico, periodontal, articular y de oclusión, permitiendo con ello realizar un análisis de riesgo individual para caries dental en la población intervenida y así un manejo de acuerdo a criterios para disminuir la probabilidad de nuevas lesiones o progresión de la caries dental.

Además de realizar una valoración de estructuras dentales y factores de riesgo, se realizó una valoración de cabeza y cuello importante a la hora de realizar una adecuada anamnesis y diagnóstico integral, para ello se valoraron estructuras como la Articulación Temporo mandibular ATM que permite analizar alteraciones en la articulación que pueden ser imperceptibles para el paciente y repercuten en la salud general de las personas.

Para el caso de los diagnósticos dentales se incluyeron además de la caries dental los demás diagnósticos que pueden presentarse en cuanto a las estructuras dentales y que pueden ser importantes al momento de realizar un diagnóstico diferencial entre estos, pues esto ayudaría a realizar el manejo acorde a las necesidades específicas del paciente.

El diagnóstico se desarrolló mediante un proceso de corte descriptivo, transversal, con análisis univariado de las variables objeto de estudio.

4. RESULTADOS Y ANÁLISIS

De acuerdo a los objetivos planteados en la evaluación en el marco de los programas de atención y rehabilitación a las personas con discapacidad, se presentan los resultados agrupados en las condiciones sociodemográficas, estado de la salud bucal e indicadores de la población evaluada.

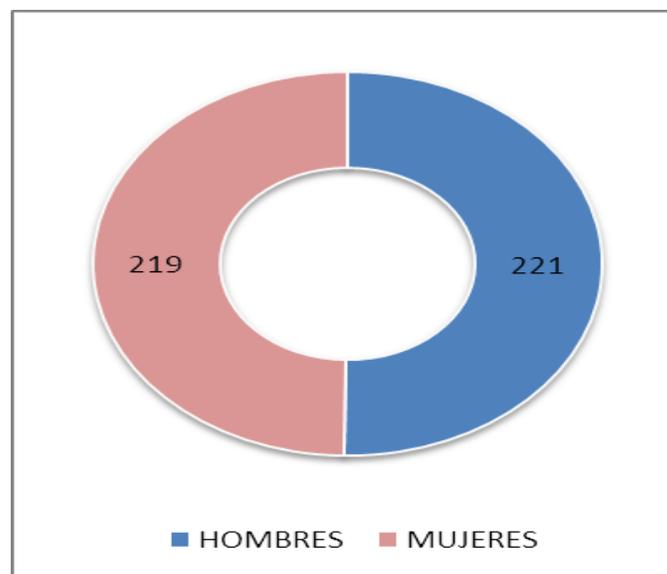
4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Dentro de los aspectos relevantes en la distribución y procesos de atención en salud a las 440 personas con discapacidad evaluadas, se resalta el sexo, la edad y la afiliación al sistema de salud; este último constituyendo un elemento fundamental en el ejercicio de articulación entre las intervenciones de gestión de riesgo colectivo e individual.

4.1.1 SEXO

El comportamiento por sexo no presenta diferencias importantes en las personas con discapacidad valoradas, teniendo en cuenta que el grupo de la intervención estuvo representado en un 49.8% por mujeres.

Gráfico 1. Distribución por sexo de la población con discapacidad evaluada. Manizales 2018

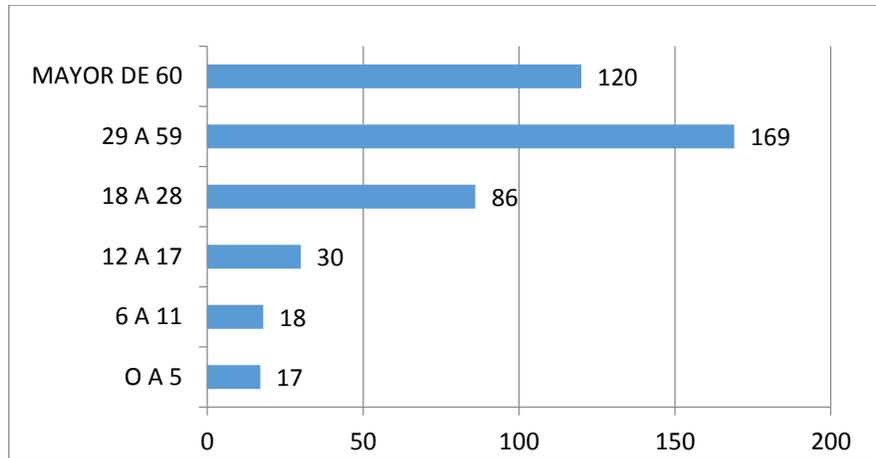


Fuente. Construcción propia.

4.1.2 EDAD

La personas con discapacidad evaluadas, se concentran en la población adulta con un 38.4%, seguidos del momento del curso de vida Vejez, que corresponde a las personas de 60 años y más, con un 27.3%.

Gráfico 2. Distribución por edad de la población con discapacidad evaluada. Manizales 2018

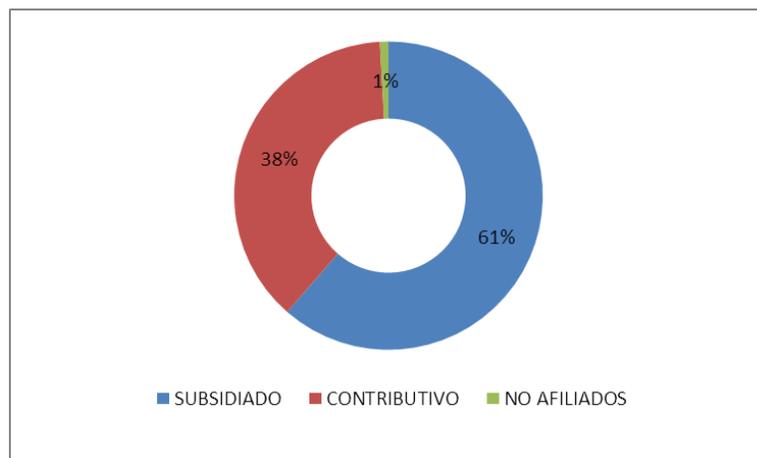


Fuente. Construcción propia.

4.1.3. AFILIACIÓN EN SALUD

La población beneficiada de los programas de atención y rehabilitación de la Secretaría de Salud Pública, evaluada en el componente de salud bucal pertenece en su gran mayoría al régimen subsidiado en salud, representando por 270 personas que alcanzan el 61.4%. Adicionalmente, 4 personas manifestaron no estar afiliadas al momento de la intervención.

Gráfico No.3 Distribución por Régimen de Salud de la población con discapacidad evaluada. Manizales 2018



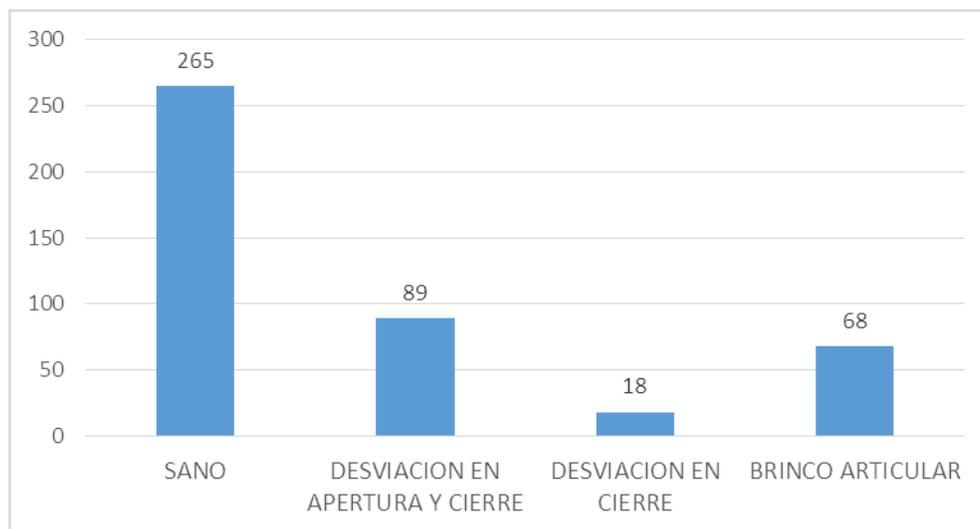
Fuente. Construcción propia.

4.2 ESTADO DE LA SALUD BUCAL

4.2.1 ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR

El 60% de la población no presenta un diagnóstico en la Articulación Temporo Mandibular mientras que, el trastorno hallado dentro de las patologías de ATM más recurrente es la desviación en apertura y cierre con un 20%.

Gráfico 4. Diagnósticos de ATM de la población con discapacidad evaluada. Manizales 2018



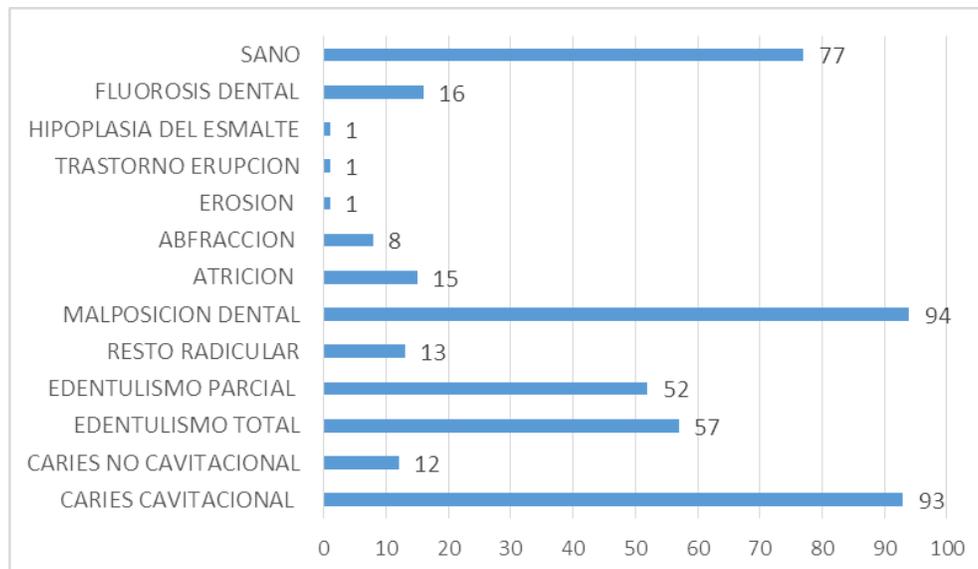
Fuente. Construcción propia.

4.2.2 DIAGNÓSTICO DENTAL

El 82% de la población con discapacidad evaluada presenta algún diagnóstico odontológico.

La malposición dental y la caries cavitacional constituyen los diagnósticos más frecuentes en la población evaluada con un 21%, resultado de gran importancia debido a que la caries es una patología prevenible con prácticas de buena higiene oral, correcta técnica de cepillado, frecuencia de cepillado dental y uso de la seda dental, previniendo su avance y evitando que se llegue a la presencia de patologías en las que ya no hay intervención conservadora, como por ejemplo los restos radiculares que se encontraron en el 3% de la población.

Gráfico 6. Distribución de la población con discapacidad evaluada según diagnósticos dentales. Manizales 2018

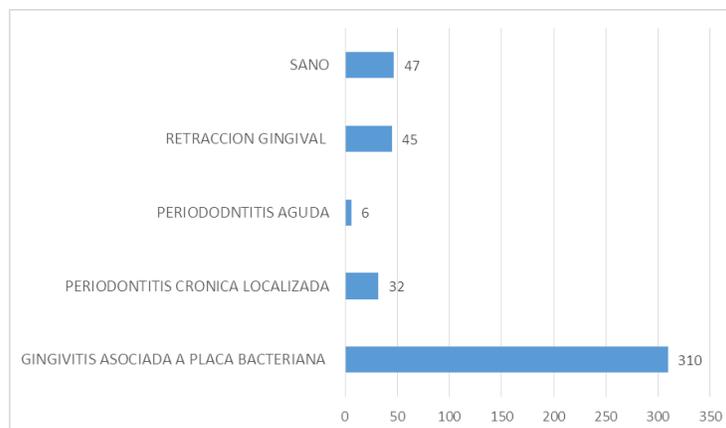


Fuente. Construcción propia.

4.2.3 DIAGNÓSTICO PERIODONTAL

Al observar la información recolectada en cuanto al diagnóstico periodontal, se encuentra que el 89% de las personas con discapacidad evaluadas presenta alguna condición periodontal, representado principalmente en el 70% que presentan gingivitis asociada a placa bacteriana, patología prevenible con una adecuada higiene oral.

Gráfico 7. Distribución de la población con discapacidad evaluada, según diagnóstico periodontal. Manizales 2018



Fuente. Construcción propia.

4.2.4 DIAGNÓSTICO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

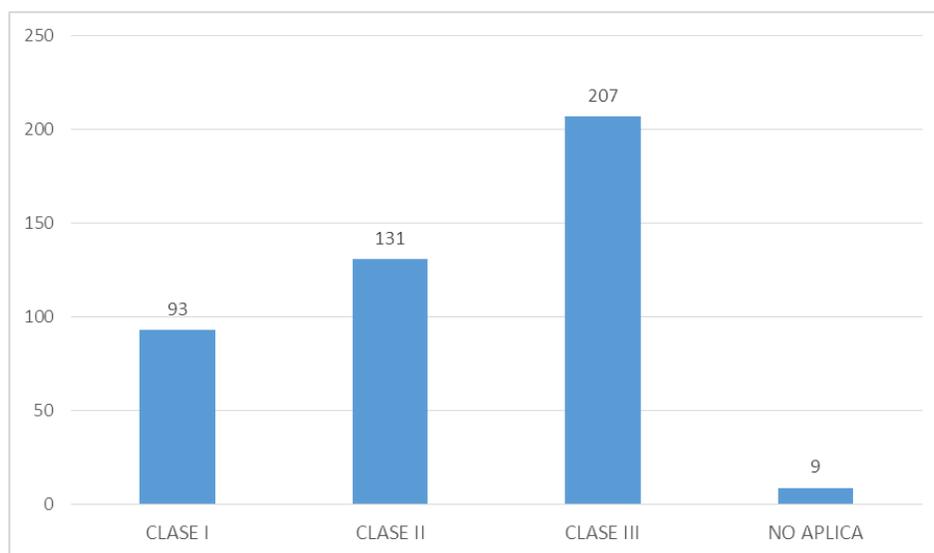
Respecto al diagnóstico de crecimiento y desarrollo este está relacionado con el desarrollo maxilar y la posición mandibular con respecto al maxilar superior, la clasificación de Angle es un sistema de clasificación que se basa en las relaciones anteroposteriores de las arcadas dentarias.

Los primeros molares superiores son la llave de la oclusión y se requiere que se encuentren localizados en una posición correcta dentro del maxilar superior. Además, que los primeros molares de ambas arcadas deben relacionarse de modo tal que la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior corresponda anteroposteriormente con el surco vestibular principal del primer molar inferior.

Para el caso de este estudio se observa que el 47% de la población presentan clase III esquelética, la cual está relacionada con mal oclusión dental, y su etología se encuentra asociada con factores epigenéticos característicos de personas en algunos casos con trastornos mentales. Esta clasificación se refiere a mandibular protruidas o adelantadas.

De acuerdo a los parámetros para realizar el diagnóstico de crecimiento y desarrollo, 9 personas no aplicaron para el mismo, por no tener criterios de evaluación como lo son la presencia del primer molar superior e inferior o en su defecto el canino.

Gráfico 8. Distribución de la población con discapacidad evaluada, según diagnóstico de crecimiento y desarrollo. Manizales 2018



Fuente. Construcción propia.

5. RIESGO DE CARIES

Para la clasificación de riesgo para caries dental se tuvo en cuenta los criterios básicos que identifican los factores de riesgo del paciente para predecir qué tan propenso puede estar para producir la caries dental. Dentro de ellos se encuentran: dieta, frecuencia de cepillado dental, uso de crema dental con flúor, índice de placa bacteriana, experiencia de caries dental, flujo salival y acceso al servicio odontológico en el último año. Todos estos criterios nos arrojan la clasificación de riesgo para caries entre bajo, moderado y alto.

Al realizar el análisis de la clasificación del riesgo de caries se pudo observar que el 66% de los pacientes se encuentran en el rango alto en la clasificación de riesgo de caries dental, lo que incrementa el riesgo para desarrollar enfermedades bucales. Generando en términos de intervención la necesidad de intensificar en acciones de promoción y prevención de la cavidad bucal y resaltar la importancia de las técnicas de higiene como el cepillado y uso de la seda dental y crear un plan de tratamiento individual para cada uno de estos pacientes, buscando controlar estos factores de riesgo.

Tabla 1. Distribución de la población con discapacidad evaluada, según riesgo para caries. Manizales 2018

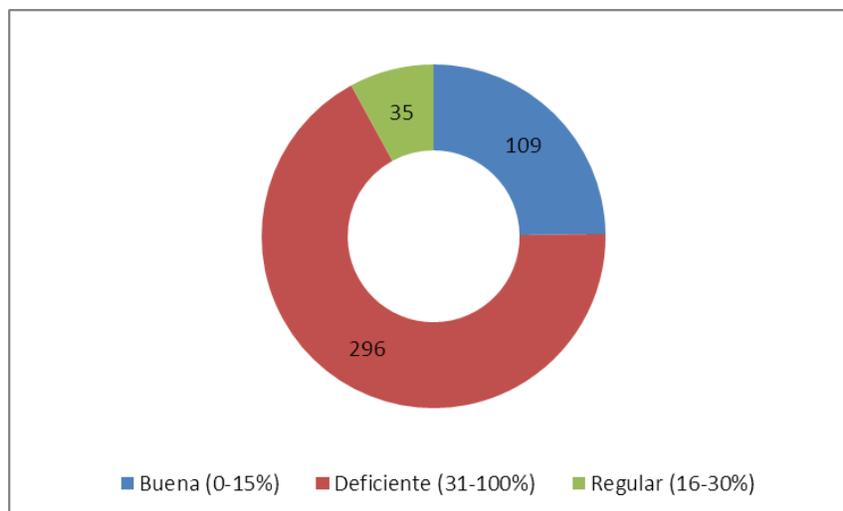
CLASIFICACIÓN	PACIENTES
Alto	292
Bajo	25
Moderado	61
Sin Riesgo	62
TOTAL	440

Fuente. Construcción propia.

5.1 ÍNDICE DE PLACA BACTERIANA

Al realizar el análisis del índice de placa bacteriana se pudo observar que el 67% de la población evaluada se encuentra en el rango de higiene bucal deficiente lo que se relaciona con la falta de cepillado dental o el uso de una técnica de cepillado dental inadecuada, que no permite realizar un buen control mecánico de remoción de placa bacteriana y/o acúmulos alimenticios y aumenta el riesgo de producción de enfermedades bucales prevenibles. En este resultado es importante tener en cuenta que los muchos pacientes valorados presentaron discapacidades motoras que no les permiten la realización de una técnica de cepillado adecuada por la falta de motricidad, así mismo es importante tener en cuenta que en estos casos se hace primordial el acompañamiento del cuidador a la hora de realizar la higiene bucal de estos pacientes.

Tabla 2. Distribución de la población con discapacidad evaluada, según índice de placa bacteriana. Manizales 2018



Fuente. Construcción propia.

5.2 ÍNDICE COP

Realizando el análisis del índice del COP, se pudo concluir que de un total de 440 personas evaluadas, el promedio de COP (dientes cariados, obturados o perdidos) fue de 13; lo que nos representa que en promedio cada una de las personas valoradas presentan del total de los dientes que deben tener en boca (32 dientes), 13 están cariados, tienen experiencia de caries o fueron perdidos por caries, quiere decir que cerca del 40% de los dientes de las personas evaluadas ya tienen experiencia de caries dental.

Tabla 3. Distribución de la población con discapacidad evaluada, según índice del COP. Manizales 2018

NUMERO DE PACIENTES EVALUADOS	SUMA TOTAL COP	PROMEDIO
440	5.739	13.

Fuente. Construcción propia.

En cuanto al análisis de los pacientes con edentulismo total y/o parcial se pudo identificar que todos tienen prótesis total y parcial, para los cual se dieron las respectivas recomendaciones a quienes necesitaban cambiarla o aquellas que presentaban desadaptación de las mismas.

Finalmente, es importante anotar que de acuerdo a los hallazgos, el 24,8% de la población intervenida presenta una adecuada higiene bucal, pues su porcentaje de placa bacteriana al momento del examen fue menor al 25% de las superficies que presentaban placa bacteriana, el porcentaje restante está entre regular (35 personas) y deficiente (296 personas) y que del total, 193 personas manifiestan haber asistido a consulta odontológica en el último año, 27 de ellos por urgencias lo que nos indica que a la población con discapacidad debemos enfatizarles en la importancia de asistir a la consulta odontológica preventiva con el fin de evitar una atención de urgencias que lleve a la pérdida dental.

6. CONCLUSIONES

- El 82% de la población con discapacidad evaluada presenta algún diagnóstico odontológico. La malposición dental y la caries cavitacional constituyen los diagnósticos más frecuentes con un 21 %, esto tiene relación en la deficiencia de higiene bucal de la población evaluada debido a la falta de motricidad física para realizar la adecuada higiene bucal y/o la falta de apoyo del cuidador en la realización del cepillado dental.
- El 60% de la población evaluada se encuentra sin diagnóstico de alteración en la articulación temporo mandibular.
- Dentro de las patologías de ATM el trastorno más recurrente es la desviación en apertura y cierre con un 20%.
- 89% de las personas con discapacidad evaluadas presenta alguna condición periodontal, asociadas en el alto porcentaje a placa bacteriana, esto da respuesta de igual manera que la conclusión anterior por la deficiencia de higiene bucal.
- El 47% de la población presenta clase III esquelética en su diagnóstico de crecimiento y desarrollo, lo que representa un prognatismo mandibular que altera las condiciones masticatorias y funcionales de estos pacientes.
- El 66% de los pacientes se encuentran en el rango alto en la clasificación de riesgo de caries dental, esto debido a la deficiente higiene bucal que presentan este grupo poblacional.
- Así mismo el 67% de la población evaluada se encuentra en el rango de deficiente higiene bucal esto representado por el índice de placa bacteria alto (mayor al 75% de superficies dentales con placa bacteriana).
- El promedio de COP (dientes cariados, obturados o perdidos) fue de 13 en el total de personas evaluadas, lo que representa que por cada individuo en promedio 13 de los dientes tienen caries (cariados) o tuvieron experiencia de caries dental (obturados o perdidos).

7. RECOMENDACIONES

De acuerdo con los hallazgos del proyecto adelantado es necesario:

1. Mejorar los procesos de información y educación en salud relacionados con el cuidado de la salud bucal. Estos procesos deben ser dirigidos a las personas con discapacidad y/o sus cuidadores, con enfoque diferencial y acordes a las necesidades específicas de las personas.
2. Desarrollar competencias en los cuidadores institucionales y del hogar para la promoción de la salud bucal y la prevención de patologías relacionadas.
3. Desarrollar capacidades en los equipos de salud a cargo de la identificación y atención de esta población, con el fin de garantizar la atención oportuna, de calidad y accesible para esta población.
4. Canalizar a los pacientes a los servicios de salud para garantizar la atención individual en salud bucal

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Discapacidad. www.who.int/topics/disabilities/es/
2. Egea García C, Sarabia Sánchez A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad Carlos. 2001.
3. Giraldo-Zuluaga MC, MartínezDelgado CM, Cardona-Gómez N, Gutiérrez-Pineda JL, GiraldoMoncada KA, Jiménez-Ruíz PM. Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. Rev. CES Odont 2017; 30(2): 23-36..
4. Martínez H. ET AL. Guía para el cuidado de la salud oral en pacientes con necesidad de cuidados especiales de salud en México. Revista ADM 2011; 68(5):222-228
5. Criterios ICDAS: de la caries dental Nuevas perspectivas para el diagnóstico. Martignon S. OD, Odontóloga Pediatra, PhD; Téllez M. OD, MPH, PhD. Unidad de Investigación en Caries UNICA-B Fa