

# Frecuencia y características de las maloclusiones en el Centro de Atención Múltiple No. 1 de Tepic, Nayarit.

Guerrero-Castellón Martha Patricia,\* Aguiar-Fuentes Emma Genoveva. \*\*

## Resumen

**Objetivo:** Conocer los problemas de Maloclusiones que presentan los niños que asisten al Centro de Atención Múltiple (CAM) no.1 en Tepic, Nayarit. **Material y métodos:** la muestra fue de 62 alumnos, a quienes se les realizó exploración clínica intrabucal con luz natural y con la ayuda de un abatelenguas. **Resultados:** Los niños con discapacidad auditiva, trastorno generalizado del desarrollo y autismo presentaron maloclusión en el 100% de los casos, en los niños con discapacidad múltiple la prevalencia fue del 80% y en el grupo de discapacidad intelectual del 94%. **Conclusiones:** La población estudiada requiere aplicar enfoques de Salud Pública, basadas en las tres recomendaciones de la Comisión sobre determinantes sociales establecida por la Organización Mundial de la Salud y la atención de salud bucal a través de las funciones esenciales de la Salud Pública y el fortalecimiento de las alianzas con las instituciones de salud.

**Palabras clave:** frecuencia, maloclusión.

## Abstract

**Objective:** Learn about the problems of Malocclusions with the children attending the CAM no.1 in Tepic, Nayarit. **Material and methods:** the sample was of 62 students, who held intraoral clinical examination with natural light and tongue depressor. **Results:** Children with hearing disabilities, pervasive development disorder and autism presented malocclusion in 100 cases, in children with multiple disabilities the prevalence was 80 % and intellectual disability group of 94 %. **Conclusions:** The studied population requires to apply public health approaches, based on the three recommendations of the Commission on social determinants, established by the World Health Organization and the care of oral health through the essential public health functions and strengthening of alliances with health institutions.

**Key words:** frequency, malocclusion.

\* Autor responsable, Docente titular del Programa Académico de la Especialidad en Odontopediatría de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit. Correspondencia: gro.patty@hotmail.com

\*\* Docente titular del Programa Académico de la Especialidad en Odontopediatría de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit.

Recibido: Enero 2013

Aceptado: Febrero 2013

## Introducción

La American Academy of Pediatric Dentistry, define a las personas con necesidades especiales como "cualquier impedimento físico, de desarrollo, mentales, sensoriales, conductuales, cognitivos o emocionales, condición del desarrollo o adquirida que requiere tratamiento médico, intervención de salud pública, y/o uso de servicios especializados o programas".<sup>1</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), dos terceras partes de la población con discapacidad no reciben educación para la salud bucal ni atención bucodental.

Investigaciones sobre las condiciones bucales de los niños discapacitados reportan que presentan alta prevalencia de caries dental, alto índice de placa dental, severidad de la enfermedad periodontal que aumenta con la edad, retraso en la erupción dentaria y alta tendencia a maloclusiones dentarias.<sup>2,3</sup>

Según el Censo de Población y Vivienda 2010 en Nayarit las personas con algún tipo de discapacidad son 5 millones 739 mil 270 y representan 5.1% de la población total. El 5.5% del total de discapacitados se encuentran entre los 0 y los 14 años de edad (49% son mujeres y 51% son hombre)

y el 9.4% tiene alguna condición de limitación en la actividad como caminar o moverse, ver, escuchar, hablar o comunicarse, atender el cuidado personal, de atención o mental.<sup>4</sup>

Actualmente en México, la Secretaría de Educación Pública, atiende alumnos con necesidades asociadas a alguna discapacidad, integrados en cerca de 12,500 escuelas regulares de educación inicial, preescolar, primaria y secundaria, así como en los Centros de Atención Múltiple.<sup>5</sup>

La ciudad de Tepic, Nayarit; cuenta con el Centro de Atención Múltiple No.1 (CAM No.1), el cual se fundó en 1984 y atiende a niños con diagnóstico de discapacidad múltiple (DM), discapacidad intelectual (DI) y trastorno generalizado del desarrollo (TGD), con el objetivo de satisfacer las necesidades básicas de los alumnos para promover su autónoma convivencia social y productiva para mejorar su calidad de vida.<sup>6</sup> Cuenta con una población de 80 alumnos con alteraciones asociadas a alguna discapacidad en el ciclo escolar 2010-2011 en los niveles escolares de iniciación, preescolar y primaria, de los cuales 25 son mujeres y 55 son hombres. El rango de edad va de 2.8 a 15 años.

Desde el punto de vista odontológico, los niños con discapacidad están en mayor riesgo de desarrollar maloclusiones entre otras patologías bucales. El perfil genético específico además de las alteraciones en el desarrollo embrionario, así como las enfermedades sistémicas y metabólicas que se ven implicadas en el desarrollo les predisponen a diversos problemas de salud oral originando disfunciones óseas y dentales, influenciando así el crecimiento y desarrollo craneofacial.<sup>7,8</sup>

El bajo nivel socioeconómico y educacional de la mayoría de las familias a las que

pertenecen los niños que asisten a este centro condiciona a la falta de educación para la salud y acompaña a las malas condiciones de vida, dando como consecuencia una pobre actitud de la familia ante la salud bucal y al desarrollo del proceso salud enfermedad que condiciona al establecimiento de maloclusiones que tienen un fuerte impacto en la vida diaria de estos niños, incluyendo la salud general, el desarrollo craneofacial y la discriminación por la apariencia física, por el habla y la masticación.<sup>9</sup>

El CAM No.1 no cuenta con acceso a servicios de salud estomatológica y dentro de sus actividades semestrales se lleva a cabo un programa de salud preventiva en talleres para padres, sin embargo no se integra el área estomatológica, por lo que los niños no tienen establecido un protocolo de higiene bucal ni de educación en salud oral.

## **Materiales y métodos**

Se llevo a cabo un estudio observacional, transversal y descriptivo en los alumnos del CAM No. 1 en la ciudad de Tepic, Nayarit. El universo fueron los 80 alumnos de todos los niveles y la muestra fue de 62 alumnos, el resto fueron excluidos por no asistir el día del estudio. Para obtener la muestra se realizó la calibración de las dos investigadoras. Se realizó exploración clínica intrabucal con luz natural y con la ayuda de abatelenguas. El resultado de la exploración se anotó en el instrumento de recolección de la información.

## **Resultados**

De los 62 niños evaluados, solamente 55 presentaron algún tipo de maloclusión, lo que equivale al 89% de la población en donde se realizó el estudio (Figura 1). Siendo de mayor prevalencia la maloclusión

en el género masculino que el femenino (Figura 2).

Se encontró que el 40% presento maloclusión de clase I, el 42% maloclusión de clase II y para la clase III fue del 18%, solo en el 1.8% se encontró retención del temporal y en el 3.6% mordida telescópica; para el apiñamiento el 7% severo, el 16.5% moderado y el 20% leve. El porcentaje de mordida abierta anterior fue de 36.5% y en la posterior del 7%. La mordida cruzada anterior represento el 16.5% y la mordida cruzada posterior el 20% (Figura 3).

Las características clínicas de maloclusión y/o factores etiológicos encontrados se expresan en la (Figura 3). La prevalencia de maloclusiones fue del 100% en niños con DA, TGD-AUT, AUT y en TGD, en DM fue del 80% y en DI de 94%.

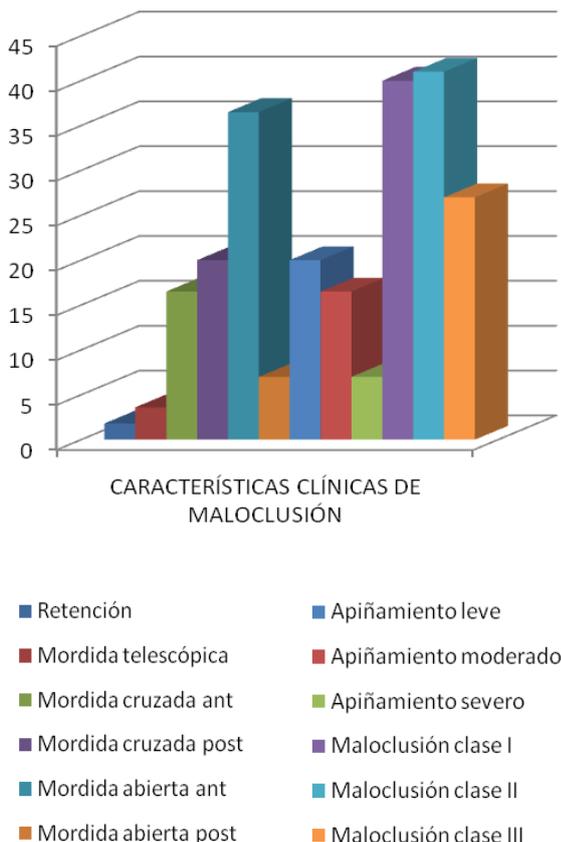


Figura 3. Frecuencia de las características clínicas de maloclusión.

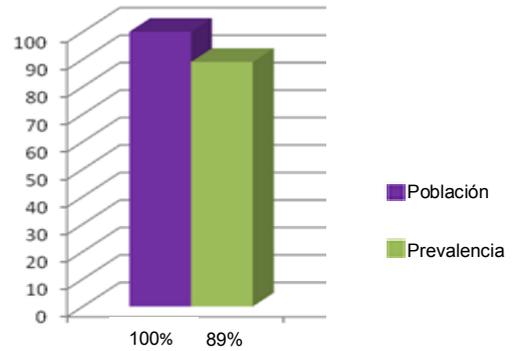


Figura 1. Prevalencia de maloclusiones.

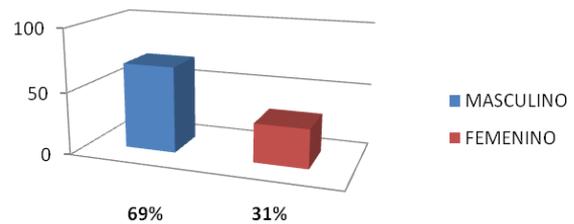


Figura 2. Prevalencia de maloclusiones por género.

### Discusión

El alto índice de maloclusiones que presenta la población estudiada está asociada al bajo nivel socioeconómico y educacional de la mayoría de las familias a las que pertenecen los niños que asisten a este centro condiciona a la ignorancia y acompaña a las malas condiciones de vida, dando como consecuencia una pobre actitud de la familia ante la salud bucal y al desarrollo del proceso salud enfermedad.

La falta de conocimientos y educación sobre salud bucodental como los hábitos higiénicos bucales, la falta de alimentación saludable, la dieta rica en carbohidratos, así como los medicamentos altamente adicionados de azúcar y la desatención de los padres a los problemas de salud oral de sus hijos condiciona a la aparición de caries dental, que da como consecuencia pérdida de espacio y finalmente la pérdida prematura de dientes y la consecuente pérdida de la longitud del arco; aunado a esto, son niños biológicamente susceptible

a la adquisición de hábitos perjudiciales afectando el crecimiento y desarrollo craneofacial, siendo estos, factores etiológicos de maloclusión.<sup>9</sup>

Sumado a estos condicionantes, la pobre accesibilidad que tienen los pacientes discapacitados a los servicios de salud, con falta de recursos y programas de reducción de los factores de riesgo y de medidas preventivas efectivas en salud oral con poco o nulo acceso de la población, falta de integración de la atención sanitaria en el área estomatológica, falta de preparación de profesionales para su atención, fragmentación de los servicios de salud y de otros asuntos de desigualdad social, aun cuando los valores defendidos en la Atención Primaria en Salud sean: justicia social, equidad y derecho a una mejor salud para todos.<sup>10, 11</sup>

El abordaje de la situación de las Maloclusiones y de la salud bucal en general de la población estudiada requiere aplicar enfoques de Salud Pública, por lo que la estrategia sanitaria deberá basarse en las tres recomendaciones de la Comisión sobre determinantes sociales establecida por la OMS:

1. Mejorar las condiciones de vida.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Por lo tanto, la atención de salud bucal de los niños del CAM No. 1 se deberá realizar a través de las funciones esenciales de la Salud Pública y los niveles de prevención, basados en la priorización de las acciones promocionales y preventivas, eligiendo aquellas de mayor impacto y mejor costo-beneficio, así como las acciones de rehabilitación, fortaleciendo alianzas con diversas instituciones para dar así cobertura

a los tres niveles de prevención a la población del CAM No. 1.<sup>13-17</sup>

El perfil epidemiológico de los niños que asisten al CAM No. 1 es preocupante, siendo la prevalencia de maloclusiones del 89%, lo que representa un impacto negativo en su calidad de vida, que ya es de por sí limitada. La inequidad social, la carencia de un programa de salud bucal y la alta prevalencia de maloclusiones requiere de la intervención de las tres recomendaciones emitidas por la Comisión sobre determinantes sociales establecida por la OMS, de la Función 3 de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) y de los niveles de prevención.

Para la atención clínica, el programa de salud bucal del CAM No.1 requiere de personal capacitado, instalaciones adecuadas y bajos costos, por lo que no sería factible sin el fortalecimiento de las alianzas con alguna institución.

En la revisión documental no se encontraron reportes de trabajos realizados en centros similares al estudiado.

## Referencias Bibliográficas

1. Council on Clinical Affairs. Guideline on management of dental patients with special health care needs. American Academy of Pediatric Dentistry. 2008. 34 (6):152-7.
2. Organización Mundial de la Salud. Discapacidades. [Fecha de acceso 19 de octubre 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
3. Ravaglia C. El problema de la salud bucodental de los pacientes discapacitados y/o especiales en América Latina. Organización Panamericana de la salud. La salud bucodental de los pacientes discapacitados y/o especiales. [Fecha de acceso 21 de noviembre de 2010]. <http://www1.paho.org/ Spanish/HSP/HSO/oral-health.htm>.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [Fecha de acceso 23 de noviembre de 2012] Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/>
5. Secretaría de Educación Pública. Reitera la SEP su compromiso con las personas con discapacidad [Fecha de acceso 15 de noviembre de 2010] Disponible en [http://www.sep.gob.mx/wb2/sep1/sep1\\_Bol2801007](http://www.sep.gob.mx/wb2/sep1/sep1_Bol2801007)

6. Maldonado A. La evaluación de la educación especial dentro de centros de atención múltiple no XIV. [Fecha de acceso 23 de noviembre de 2010] Disponible en: [www.uaa.mx/investigacion/memoria/.../maldonado\\_martinez.doc](http://www.uaa.mx/investigacion/memoria/.../maldonado_martinez.doc)
7. Morales M. Patologías bucodentales y alteraciones asociadas prevalentes e una población con parálisis cerebral infantil. *Acta Odontológica Venezolana*. [Fecha de acceso: 23 de noviembre de 2010] Disponible en [www.actaodontologica.com/ediciones/2008/1/patologias\\_bucodentales.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/1/patologias_bucodentales.asp)
8. Mogollón J, Navas R, Rojas-Morales T, Alvarez C. Condiciones de salud-enfermedad bucal de niños y adolescentes con síndrome Down. [Consultado el 20 de noviembre de 2010] Disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol45\\_1\\_08/est04108.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol45_1_08/est04108.htm)
9. Avellaneda E. Alianza por la salud Pública. OPS. [Fecha de acceso 20 de noviembre de 2010] Disponible en <http://www.alames.org/documentos/EJE03-01.pdf>
10. Borges A, Martins S, Rodrigues M, Czeresnia D Factors associated with malocclusions in children and adolescents with Down syndrome. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2008. 133(4):489.e1-489e8.
11. Espinosa L. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Rev Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 41(3): 2004 [Fecha de acceso 15 de noviembre de 2010]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072004000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300009&lng=es).
12. Declaración de Alma Ata. Atención Primaria en salud. Organización Mundial de la Salud. Suiza. 1978. [Fecha de acceso 15 de noviembre de 2010]. Disponible en <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
13. Muñoz F. Las funciones esenciales de la Salud Pública. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 20008. (12).
14. La salud Pública en las Américas. Anexos. [Fecha de acceso 13 de noviembre de 2010] Disponible en: <http://www.vcampuspaho.org/esp/Pub/SaludPublicaAmericas/pdf/17--Annex%20A--329-382.pdf>
15. Análisis del sector salud en planificación sanitaria. Una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos. Organización Panamericana de la salud. Washington 2006. [Fecha de acceso 20 de noviembre de 2010] Disponible en: [http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com\\_docman&task](http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task)
16. Figueroa. Normas en la prevención e intercepción de anomalías dentomaxilares. Chile. 1998 <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/7f2dd0d1a803c658e04001011e010fe2.pdf>
17. Vega M. Estudio descriptivo del equipo de salud para su incorporación en programa de prevención de maloclusiones, distrito sanitario 4. Alcaldía metropolitana. *Act Odontol Venez*. Caracas, 2003. 41(1). Fecha de acceso: 20 de noviembre de 2010] Disponible en: [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/1/equipo\\_basico\\_salud\\_escolar.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/1/equipo_basico_salud_escolar.asp)