

# Valoración periodontal de los pacientes especiales con discapacidad psíquica

## Estado periodontal entre pacientes especiales

**E. Velasco \***

**M. Vigo \*\***

**V. Ríos\***

**A. Martínez-Sahuquillo \*\*\***

**G. Machuca \***

**P. Bullón \*\*\*\***

Velasco, E.; Vigo, M.; Ríos, V.; Martínez-Sahuquillo, A.; Machuca, G.; Bullón, P. Valoración Periodontal de los Pacientes Especiales con Discapacidad Psíquica. *Avances en Periodoncia*. 1995, 7: 35-42.

### RESUMEN

El presente estudio refleja la enfermedad periodontal y las necesidades de tratamiento entre 182 discapacitados psíquicos adultos residentes en una institución. Los resultados indicaban que este grupo especial tenía una elevada prevalencia de bolsas moderadas y profundas (40%). Sólo el 10% de los pacientes presentaban salud periodontal. La relación entre severidad de la periodontitis y sexo era significativa, mostrando que las mujeres tenían mayor destrucción periodontal que los hombres. La proporción de salud periodontal (código 0) y gingivitis (código 1) descendía con la edad, mientras que el número medio de sextantes excluidos aumentaba con ella. La prevalencia de bolsas moderadas y profundas era más elevada en los pacientes con mayor retraso mental. Era esencial la promoción de la higiene oral y tratamiento periodontal prácticamente en el 90% de los pacientes.

### PALABRAS CLAVE

Enfermedad periodontal, discapacitado psíquico, CPITN, pacientes especiales, institucionalizados, necesidades de tratamiento.

### INTRODUCCION

La enfermedad periodontal es el problema oral más grave que afecta a los pacientes con discapacidad psíquica o mental. Su etiología consiste primariamente en el acúmulo de placa y cálculo, como consecuencia de una inadecuada o inexistente higiene oral. Otros factores como macroglosia, maloclusión, morfología dental, menor función masticatoria, hiperplasia gingival por difenilhidantoína y bruxismo pueden contribuir a un mayor desarrollo de los trastornos periodontales (1).

Sin embargo, estos factores parecen insuficientes para explicar la severidad de la enfermedad periodontal en estos pacientes especiales, sobre todo en los afectados por el síndrome de Down, donde el 100% de los sujetos antes de los 30 años, la padecen (2). Se ha sugerido cambios microbiológicos específicos en la flora periodontopatogena, en el sentido de una mayor presencia en el surco gingival de *Bacteroides Melaninogenicus* en el síndrome de Down (3). Así mismo, se han descrito en estos pacientes, alteraciones inmunitarias para explicar la mayor destrucción periodontal, como una menor capacidad quimiotáctica de los neutrófilos o polimorfonucleares (4).

\* Profesor Asociado.

\*\* Profesor Colaborador.

\*\*\* Profesor Titular.

\*\*\*\* Catedrático.

Unidad Docente de Medicina Bucal y Periodoncia. Facultad de Odontología de Sevilla.

Se ha relacionado la prevalencia de la enfermedad periodontal con el grado de retraso mental de los minusválidos psíquicos, indicando un peor estado periodontal en los pacientes con un grado más bajo de cociente intelectual (5).

La institucionalización puede jugar un cierto papel en la condición periodontal de estos pacientes minusválidos psíquicos. Cuando en el centro asistencial, no existen programas preventivos de higiene oral, la periodontitis generalizada es la regla. Incluso se ha llegado a indicar el aspecto contagioso de la enfermedad en aquellos pacientes que previamente a su ingreso en la institución presentaban un buen control de placa y ausencia de destrucción periodontal y posteriormente desarrollan lesiones periodontales cuando conviven con otros residentes (6).

El presente estudio ha sido realizado con el objetivo de conocer la condición periodontal y las necesidades de tratamiento en un grupo de pacientes discapacitados psíquicos adultos.

## MATERIAL Y METODO

### 1. Población

El estudio de salud periodontal se realizó en un colectivo de minusválidos psíquicos adultos, que representa la población total que se encontraba en los tres centros ocupacionales de la provincia de Sevilla, cuyo objetivo es la formación sociolaboral de estos pacientes. La razón existente entre los pacientes de ambos sexos es equivalente a la proporción encontrada en la población institucionalizada estudiada y el rango de edades se correspondía con el del propio colectivo.

La autorización para la realización de este estudio epidemiológico fue obtenida por la Dirección de cada uno de los centros. La información sobre los datos demográficos de cada paciente fue suministrada por el personal médico que presta su atención sanitaria a los pacientes, siguiendo las normas de ética científica.

Los Centros no disponían de atención odontológica, por lo que los pacientes cuando la necesitaban acudían al correspondiente Centro de Salud o Ambulatorio de distrito del Servicio Andaluz de Salud.

### 2. Método

El estudio fue planificado mediante un protocolo sistematizado para la recogida de datos, según las normas que para los estudios epidemiológicos de salud oral establece la O.M.S. (7). Previamente al examen periodontal, se realizó un proceso de entrenamiento y calibración.

Durante la exploración, los examinadores fueron auxiliados siempre por un anotador o auxiliar, que seguía instrucciones exactas, además de escribir números y letras claramente, acerca del registro de los datos en el formato de la investigación. Este asistente conocía perfectamente la numeración dental y el significado de los códigos.

El examen periodontal se realizó en los centros ocupacionales. El área de examen poseía luz natural, lámpara de luz artificial y en una mesa accesoria se colocó todo el instrumental periodontal al alcance de los examinadores.

El Estado Periodontal se valoró mediante el Índice Periodontal Comunitario de Necesidades de Tratamiento (CPITN), desarrollado por AINAMO y cols. (8), aceptado posteriormente por la O.M.S. y la F.D.I. (7).

En el estudio se utilizó la sonda WHO-621, que es una sonda periodontal con una esfera en un extremo de 0,5 mm. de diámetro, y una banda negra entre los 3,5-5,5 mm. Seis segmentos o sextantes fueron evaluados en cada boca, exploraron todos los dientes presentes en la boca. Se examinaron seis puntos de cada diente, mesio-vestibular, medio-vestibular, disto-vestibular y los sitios correspondientes en la parte lingual.

Tres indicadores del estado periodontal fueron usados para esta valoración: (1): presencia o ausencia de sangrado gingival. (2): cálculo supra o subgingival y (3): bolsas periodontales, superficiales (4-5 mm) o profundas (6 mm o más). Cada sextante podía ser valorado como sano (CPITN 0), con gingivitis (CPITN 1), con cálculo (CPITN 2), con bolsa de 4-5 mm (CPITN 3) o con bolsa de 6 mm o más (CPITN 4) de acuerdo con el máximo valor encontrado. Cuando en algún sextante no había al menos dos dientes periodontalmente funcionales, se valoraba como excluido (CPITN X).

Los hallazgos periodontales y las necesidades de tratamiento se evaluaron como recomiendan CUTRESS y cols. (9) para valorar su relación con las variables demográficas y clínicas.

El análisis estadístico de los resultados se realizó según el test de la chi-cuadrado, habiendo significación estadística cuando  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS

### 1) Descripción de la población estudiada (Tabla 1).

182 pacientes discapacitados psíquicos adultos fueron examinados, de los cuales 133 eran hombres y 49 mujeres. La edad media de la muestra era de 28.2 años, con un rango entre 16 y 53 años.

**TABLA 1**  
**DISTRIBUCIÓN DEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA**

	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>	
	(n)	%	(n)	%
<b>EDAD</b> (años)				
< 25	54	29.6	18	9.8
26 - 30	28	15.3	17	9.3
> 31	51	28.0	14	7.6
<b>COCIENTE INTELLECTUAL</b>				
Leve (CI: 50 - 70)	46	25.2	12	6.5
Medio (CI: 49 - 35)	77	42.3	27	14.8
Severo-profundo (CI: <34)	10	5.4	10	5.4
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>73.0</b>	<b>49</b>	<b>26.9</b>

Según el cociente intelectual (C.I.), 58 pacientes estaban valorados con un grado leve de retraso mental (CI: 50-70), 104 presentaban un grado moderado o medio (CI: 49-35), mientras que los 20 restantes, eran valorados con un grado severo-profundo (CI: <34).

**2) Valoración de la salud periodontal general (Tabla 2).**

Los grados de patología periodontal más frecuentes de toda la muestra correspondían al cálculo (34.6%) y a las bolsas moderadas (30.2%).

Solamente el 9.9% de los pacientes examinados presentaban salud periodontal en todos sus sextantes. La inflamación gingival o gingivitis estaba presente como peor signo encontrado en el 14.3%, mientras que las bolsas profundas afectaban al 9.3% de la población estudiada.

El porcentaje de pacientes periodontalmente edéntulos, es decir, con todos sus sextantes codificados como X, era del 1.6%.

Los grados de afectación periodontal con respecto al sexo de los pacientes reflejaban unas diferencias que eran significativas ( $p=0.0079$ ). Así, mientras que los varones presentaban mayor prevalencia de cálculo, bolsas moderadas y gingivitis, en las mujeres se encontraron un menor grado de salud periodontal, y una mayor

**TABLA 2**  
**CPITN. ESTADO PERIODONTAL GENERAL**

<b>Sexo</b>	<b>Nº examinados</b>	<b>Código Periodontal (%)</b>					
		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>X</b>
Hombres	133	10.8	15.5	37.1	33.3	4.6	1.5
Mujeres	49	8.3	12.7	31.9	25.5	23.3	2.0
Total	182	9.9	14.3	34.6	30.2	9.3	1.6
Relación significativa, chi-cuadrado: $p=0.0079$							

**TABLA 3**  
**CPITN. GRADO DE SEVERIDAD DE LA PATOLOGÍA PERIODONTAL SEGUN LA EDAD**

<b>Edad</b>	<b>Nº examinados</b>	<b>Nº dentados</b>	<b>% personas codificadas</b>				
			<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
< 25	72	70	12.9	18.9	28.6	30.0	10.0
26 - 30	44	43	9.3	14.0	44.2	18.6	14.0
> 31	66	66	7.6	10.6	36.4	39.4	6.1
Total	182	179	10.1	14.5	35.2	30.7	9.5

presencia de bolsas profundas y de sextantes excluidos (Tabla 2).

**3) Grado de severidad de la patología periodontal según la edad (Tabla 3).**

El estado periodontal de la población dentada examinada indica que el grado de salud periodontal (código 0) descendía conforme aumentaba la edad, del 12.9% entre los menores de 25 años, al 9.3% en los discapacitados psíquicos con edades comprendidas entre 26 y 30 años, hasta el 7.6% en los mayores de 31 años.

Una relación semejante tenía lugar con la prevalencia de gingivitis o sangrado que estaba presente en el 18.6% de los pacientes discapacitados menores de 25 años y descendía hasta el 10.6% en los mayores de 31 años.

No obstante, los hallazgos periodontales más frecuentes entre los pacientes dentados eran el cálculo (35.2%) y las bolsas moderadas o superficiales (30.7%).

**TABLA 4**  
GRADO DE SEVERIDAD DE LA PATOLOGIA PERIODONTAL SEGUN EL GRADO DE DISCAPACIDAD PSIQUICA (C.I.)

	Nº examinados	Nº dentados	% personas codificadas				
			0	1	2	3	4
<b>Cociente Intelectual</b>							
Leve (50-70)	58	57	7.0	14.0	42.1	28.1	8.8
Medio (49-35)	104	102	13.7	14.7	35.3	28.4	7.8
Severo Profundo (<34)	20	20	0	15.0	15.0	50.0	20.0
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>179</b>	<b>10.1</b>	<b>14.5</b>	<b>35.2</b>	<b>30.7</b>	<b>9.5</b>

4) Grado de severidad de la patología periodontal según el grado de discapacidad psíquica.

La Tabla 4 muestra los hallazgos periodontales de los pacientes según el Cociente Intelectual (C.I.). Así, el grado de gingivitis (código 1) era similar en los tres grupos de pacientes, no existiendo diferencias según el grado de minusvalía. La presencia de cálculo (código 2) era superior en los grados leve y moderado de retraso mental. Sin embargo, la mayor severidad de la patología periodontal, expresada por la presencia de bolsas moderadas y profundas (códigos 3 y 4) era más elevada en los minusválidos con un grado severo profundo de retraso mental, es decir, con un cociente de inteligencia menor; entre los cuales no existía ningún paciente con salud periodontal (código 0).

El grado de salud periodontal comparativo entre los pacientes afectados con Síndrome de Down y aquéllos con otras causas de discapacidad mental se encuentran reflejadas en la Tabla 5. No existían diferencias significativas, entre ambos grupos. Sin embargo, la prevalencia de bolsas moderadas (33.3%) y profundas (10.0%) era más elevada entre los pacientes Down.

5) Número medio de sextantes afectados por persona o extensión de la patología periodontal (Tabla 6).

El signo periodontal más prevalente de la muestra, el cálculo, estaba presente en 1.7 sextantes de media. Este hallazgo se incrementaba con la edad de 1.6 en los pacientes más jóvenes hasta 1.8 en los mayores.

**TABLA 5**  
CPITN. ESTADO PERIODONTAL COMPARATIVO ENTRE LOS PACIENTES CON Y SIN SINDROME DE DOWN

	Nº examinados	Código Periodontal (%)					
		0	1	2	3	4	X
Down	30	16.6	13.3	26.6	33.3	10.0	0
No Down	152	8.5	14.4	36.1	29.6	9.2	1.9
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>9.9</b>	<b>14.3</b>	<b>34.6</b>	<b>30.2</b>	<b>9.3</b>	<b>1.6</b>

**TABLA 6**  
NUMERO MEDIO DE SEXTANTES AFECTADOS POR PERSONA O EXTENSION DE LA PATOLOGIA PERIODONTAL

Edad	Nº dentados	nº medio de sextantes codificados					
		0	1	2	3	4	X
< 25	70	1.5	1.5	1.6	0.9	0.2	0.1
26 - 30	43	1.4	1.3	1.6	0.5	0.2	0.5
> 31	66	1.0	1.1	1.8	0.9	0.1	0.8
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>1.3</b>	<b>1.3</b>	<b>1.7</b>	<b>0.8</b>	<b>0.2</b>	<b>0.4</b>

Significación estadística: chi-cuadrado, p=0.0041

El número medio de sextantes sanos disminuía con la edad, así estaba presente en 1.5 sextantes en los pacientes menores de 25 años, en 1.4 sextantes de los pacientes entre 26-30 años y descendía hasta 1.0 sextantes en los mayores de 31 años. Un descenso en el número medio de sextantes afectados con la edad era también manifiesto en el grado 1 o gingivitis.

Sin embargo, en sentido contrario, el número medio de sextantes excluidos aumentaba con la edad de 0.1 en los menores de 25 años hasta 0.8 en los mayores de 31 años.

6) Necesidades de tratamiento periodontal (Tabla 7).

Las necesidades de tratamiento periodontal de los pacientes dentados, sin incluir los edéntulos (X) fueron las siguientes:

TN0: Pacientes con máximo valor Código 0: 18 pacientes (10.0%)

TN1: Enseñanza de higiene oral. Incluye a todos los pacientes con algún grado de patología periodontal (Códigos 1, 2, 3, 4), es decir, 161 pacientes (89.9%).

TN2: TN1 + Tartrectomía - Raspado y alisado radicular. Es necesario realizarlo en aquellos pacientes con Códigos 2, 3, 4; representado por el 75.4% (n= 135).

TN3: TN1 + TN2 + Tratamiento periodontal complejo o quirúrgico. Es necesario efectuarlo en los pacientes con código 4: 17 pacientes (8.0%).

## DISCUSION

Este estudio muestra la alta prevalencia de afectación periodontal en los pacientes especiales adultos con discapacidad psíquica o mental, ya que el 40% de ellos presentaban bolsas moderadas y profundas en una población con una edad media de 28.2 años, donde sólo en el 10% existía salud periodontal (Tablas 2 y 3).

El estado periodontal indicaba una diferencia significativa al ser evaluado en relación al sexo de los pacientes examinados (Tabla 2). Así, mientras que las mujeres presentaban mayor destrucción periodontal avanzada (código 4) o exclusión (código X), los hombres mostraban una más alta prevalencia de bolsas moderadas (código 3) y cálculo (código 2).

La valoración periodontal señalaba un descenso en el grado de salud (código 0) y gingivitis (código 1) conforme aumentaba la edad (Tabla 3). Así mismo, la extensión de la condición periodontal representada por el número medio de sextantes codificados como sanos o con gingivitis decrecía con la edad, mientras se incrementaba los sextantes con cálculo y edéntulos (Tabla 6).

La importancia de la enfermedad periodontal en el grado de salud oral entre los pacientes con minusvalía psíquica ha sido reflejada en varios estudios. GIRGIS (10) en un estudio realizado en Canadá entre 1094 discapacitados psíquicos, describe un grado de salud periodontal y gingivitis del 19.1% y 44.5%, respectivamente en aquellos pacientes con una edad comprendida entre 16-24 años, descendiendo al 7.6% y 10.3% en los mayores de 45 años. En cambio, el grado de periodontitis avanzada y edentulismo se incrementaba con la edad, afectando al 26.4% y 2.7%, respectivamente, del total de la muestra.

HINCLIFFE y cols. (11) en el Reino Unido describen una prevalencia de periodontitis del 22.6% en una población de 324 minusválidos psíquicos adultos, donde la gingivitis afectaba al 71%.

**TABLA 7**  
**CPITN. NECESIDADES DE TRATAMIENTO**

Edad	Nº dentados	%TN0	%TN1	%TN2	%TN3
< 25	70	12.9	87.2	68.6	10.0
26 - 30	43	9.3	90.8	76.8	14.0
> 31	66	7.6	93.5	82.9	6.1
Total	179	10.1	89.9	75.4	9.5

En nuestro estudio constatamos que la mayor severidad en la patología periodontal estaba presente en los pacientes con mayor retraso mental, grado severo-profundamente, (Tabla 4) probablemente debido a una mayor dificultad en acceder a medidas preventivas de control de placa y a una menor posibilidad de acudir al consultorio odontológico para ser realizado tratamiento periodontal básico.

Las diferencias entre la afectación periodontal en pacientes con síndrome de Down de aquellos afectados de minusvalía psíquica por otras etiologías han sido reflejadas en algunos estudios. Así, THORNTON y cols. (12) en USA hallan una mayor frecuencia (50%) de pérdida moderada o severa de inserción periodontal, sobre todo en pacientes con síndrome de Down en comparación con otros discapacitados psíquicos.

Los pacientes afectados por el síndrome de Down suelen ser los que presentan mayor destrucción periodontal entre los minusválidos psíquicos o mentales como refleja un estudio realizado en Israel, donde se comparó el estado periodontal mediante CPITN de un primer grupo de pacientes adultos con síndrome de Down, con un segundo grupo con otro tipo de retraso mental y con un tercer grupo de pacientes sanos, encontrándose mayor prevalencia de patología periodontal en los pacientes Down (13). Estos datos son confirmados por BARNETT y cols. (14) en una población Down al describir una extensa pérdida de hueso alveolar en el 60% de las localizaciones periodontales examinadas frente al 9.3% del grupo control con otros síndromes de retraso mental. Un hecho interesante es referido por SHAW y cols. (15), al valorar el índice de placa y el estado periodontal en 329 adultos con minusvalía física y mental, encontraron que aunque los pacientes no Down tenían más nivel de placa, sin embargo, los pacientes con síndrome de Down presentaban mayor prevalencia de bolsas periodontales. Este hecho sugiere la posible relación de los problemas periodontales en estos pacientes con inmunodeficiencia celular y defectos en la quimiotaxis neutrófila, además de con la escasa higiene oral (4, 16).

En nuestro estudio, no hallamos diferencias significativas entre pacientes con y sin síndrome de Down (Tabla 5) aunque las formas más severas de la patología periodontal eran más prevalentes en los pacientes Down, fundamentalmente la existencia de bolsas periodontales; en comparación con los minusválidos no Down, donde la gingivitis y el cálculo eran más frecuentes.

Indudablemente, la afectación periodontal representa actualmente el problema oral más grave en los discapacitados psíquicos adultos. La falta de una adecuada higiene oral ha sido sugerida como la principal causa de enfermedad periodontal en estos pacientes (1, 5, 6, 11, 12). Esta situación provoca un elevado nivel de placa y cálculo que puede alcanzar hasta el 60.3% y 47.6%, respectivamente, reflejado por KENDALL (17) en Irlanda. En nuestro estudio, el cálculo se encontró como peor signo en el 35% de los pacientes (Tablas 2 y 3), y su extensión se incrementaba con la edad de 1.6 sextantes en los menores de 25 años hasta 1.8 en los mayores de 31 años (Tabla 6). Un estudio realizado en Noruega informa que los niveles de placa y cálculo en estos pacientes especiales aumentaban también con la edad (18).

La alta prevalencia de enfermedad periodontal entre los pacientes con minusvalía psíquica queda reflejada en las elevadas necesidades de cuidados periodontales que requieren, fundamentalmente enseñanza de higiene oral, que en el presente estudio afectaba al 90% de todos los pacientes (Tabla 7).

Es necesario mejorar la salud periodontal de los discapacitados psíquicos. Los programas de higiene oral constituyen el pilar básico en este sentido, sin olvidar que la eliminación de la placa dental es una habilidad que solamente se consigue cuando la persona tiene suficiente destreza para manipular el cepillo dental y el conocimiento claro del objetivo de esta actividad. Es obvio que el mantenimiento de la higiene oral es mucho más difícil de realizar en los pacientes minusválidos (19).

Sin embargo, las personas con discapacidad psíquica o mental pueden ser instruidas en las prácticas de higiene oral, y pueden ser capaces de realizar su propio cepillado sin ayuda, siempre y cuando el personal sanitario del centro se lo recuerde y motive, aunque algunos no logran hacerlo, necesitando siempre la ayuda de higienistas dentales experimentados (20). Los programas de higiene oral mantenidos mejoran los niveles de placa en los minusválidos (21).

En este sentido, diversos estudios han mostrado que la higiene oral en estos pacientes puede mejorarse significativamente por medio de la asistencia directa del personal auxiliar adiestrado (familiar, cuidadores, higienistas dentales). Es necesario la educación del personal sanitario de la institución para conseguir una mejor higiene oral, como demuestra un programa realizado en el Reino Unido, donde durante 7 semanas se realizaban

sesiones diarias de 1/2 a 1 hora, con clases teóricas, seminarios y prácticas (22).

Es importante indicar que el éxito de estos programas radica en el papel de un buen higienista dental, que debe estar familiarizado con el manejo de estos pacientes especiales, como ocurre en Noruega donde las higienistas tienen 250 horas de formación en odontología para minusválidos (18).

Otros métodos para controlar la placa bacteriana en estos pacientes consiste en utilizar agentes químicos como la clorhexidina en forma de sprays o aerosoles al 0.2%, diariamente. Este método se recomienda porque los enjuagues pueden ser difíciles de realizar (23). Un estudio sobre 45 pacientes con discapacidad psíquica realizado en el Reino Unido indica que la clorhexidina en aerosol o spray puede ser efectiva, disminuyendo los niveles de placa, sangrado y sondaje después de ser utilizada durante dos ciclos mensuales de forma diaria, separados por un mes de descanso; además es bien tolerada por los minusválidos psíquicos (24).

Además del control mecánico y químico de la placa dental, es necesario realizar el tratamiento periodontal complementario en estos pacientes, siempre que su grado de retraso mental favorezca su colaboración, aunque, en ocasiones sea necesaria la sedación o la anestesia general.

La tartrectomía por ultrasonidos o manual con raspado-alisado radicular es importante realizarla ya que estos pacientes presentan un alto nivel de cálculo y periodontitis (25). En el presente estudio, el 75.4% de la población necesitaba este tratamiento. Sin embargo, la cirugía periodontal no suele estar indicada, salvo la gingivectomía en casos muy intensos de hiperplasia o agrandamiento gingival.

## CONCLUSIONES

El grado de patología periodontal entre los pacientes con minusvalía psíquica o mental suele ser elevado. La pobre higiene oral y factores locales (ej. maloclusiones) y sistémicos (ej. inmunodeficiencia) provocan una mayor prevalencia de gingivitis y periodontitis. La dificultad de acceder al tratamiento periodontal, agrava aún más esta situación. Sin embargo, la experiencia señala que los programas de control de placa junto con una adecuada formación en el manejo de estos pacientes especiales pueden mejorar la salud periodontal de los discapacitados psíquicos.

## CORRESPONDENCIA

Dr. E. Velasco  
C/ José Laguarda, 98 - 2º 6. 41003 - Sevilla

## SUMMARY

The present study show the periodontal disease and treatment needs among 182 institutionalized mentally handicapped adults. These data indicate that this special group has a high prevalence of shallow and deep pockets (40%). However, only 10% of population study was periodontally health. The relationship between sex and severity of periodontitis was significant, females were a most periodontal breakdown that males. The rate of periodontal health (score 0) and gingivitis (score 1) were decreased with age, but the mean number of

excluded sextants was increased with age. The prevalence of shallow and deep pockets were most frequent among handicapped with a high degree of mental retardation. It was essential the improvement in the oral hygiene and periodontal care among about 90% of the sample.

## KEY WORDS

Periodontal disease, mentally handicapped, CPITN, institutionalized, special dental patients, treatment needs.

## BIBLIOGRAFIA

1. O'DONNELL, J.; COHEN, M. Dental care for the institutionalized retarded individual. *J. Pedodontics* 1984, 9: 3 - 38.
2. REULAND-BOSMA, W.; VAN DIJK, L. Periodontal disease in Down's syndrome: a review. *J. Clin. Periodontol* 1986, 13: 64 - 73.
3. MESKIN, L.; FARSCHT, E.; ANDERSON, D. Prevalence of bacteroides melaninogenicus in the gingival crevice area of institutionalized trisomy 21 and cerebral palsy patients and normal children. *J. Periodontol* 1968, 39: 326 - 328.
4. IZUMI, Y.; SUGIYAMA, S.; SHINOZUKA, O.; YAMAZAKI, T.; OHYAMA, T.; ISHIKAWA, I. Defective neutrophil chemotaxis in Down's syndrome patients and its relationship to periodontal destruction. *J. Periodontol* 1989, 60: 238 - 242.
5. TESINI, D. An annotated review of the literature of dental caries and periodontal disease in mentally retarded individuals. *Spec Care Dentist* 1981, 1: 75 - 87.
6. KEYES, P.; BELLACK, S.; JORDAN, J. Studies on the pathogenesis of destructive lesions of the gums and teeth in mentally retarded individuals. I. Dentobacterial plaque infection in children with Down's syndrome. *Clin Pediatr* 1971, 10: 711 - 718.
7. WORLD HEALTH ORGANISATION. Oral health surveys. Basic Methods. Ginebra. 1987.
8. AINAMO, J.; BARMES, D.; BEAGRIE, G.; CUTRESS, T.; MARTIN, J.; SARDO-INFIRRI, J. Development of the World Health Organization (WHO) Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN). *Int Dent J.* 1982, 32: 281 - 291.
9. CUTRESS, T.; AINAMO, J.; SARDO-INFIRRI, J. The community periodontal index of treatment needs (CPITN) procedure for population groups and individuals. *Int Dent J.* 1987, 37: 222 - 233.
10. GIRGIS, S. Dental health of persons with severe mentally handicapping conditions. *Spec Care Dentist* 1985, 5: 246 - 248.
11. HINCHLIFFE, J.; FAIRPO, C.; CURZON, M. The dental condition of mentally handicapped adults attending adult training centres in Hull. *Community Dent Health* 1988, 5: 151 - 162.
12. THORNTON, J.; ZAHID, S.; CAMPBELL, V.; MARCHETTI, A.; BRADLEY, E. Oral hygiene levels and periodontal disease prevalence among residents with mental retardation at various residential settings. *Spec Care Dentist* 1989, 9: 186 - 190.
13. SHAPITA, J.; STABHOLZ, A.; SCHURR, D.; SELA, M.; MANN, J. Caries levels, Streptococcus mutans counts, salivary ph, and periodontal treatment needs of adult Down syndrome patients. *Spec Care Dentist* 1991, 11: 248 - 251.
14. BARNETT, M.; PRESS, K.; FRIEDMAN, D.; SONNENBERG, E. The prevalence of periodontitis and dental caries in a Down's syndrome population. *J Periodontol* 1986, 57: 288 - 293.
15. SHAW, M.; SHAW, L.; FOSTER, T. The oral health in different groups of adults with mental handicaps attending Birmingham (UK) adult training centres. *Community Dent Health.* 1990, 7: 135 - 141.
16. SHAW, L.; SAXBY, M. Periodontal destruction in Down's syndrome and in Juvenile Periodontitis. How close a similarity? *J Periodontol* 1986, 57: 709 - 715.
17. KENDALL, N. Oral health of a group of non-institutionalised mentally handicapped adults in the UK. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991, 19: 357 - 359.

18. SVATUM, B.; GJERMO, P. Oral hygiene, periodontal health and need for periodontal treatment among institutionalized mentally subnormal persons in Norway. *Acta Odontol Scand* 1978, 36: 89 - 95.
19. FRANCIS, J.; STEVENSON, D.; PALMER, J. Dental health and dental care requirements for young handicapped adults in Wessex. *Community Dent Health* 1991, 8: 131 - 137.
20. SHAW, M.; SHAW, L. The effectiveness of differing dental health education programmes in improving the oral health of adults with mental handicaps attending Birmingham adult training centres. *Community Dent Health* 1991, 8: 139 - 145.
21. NICOLACI, A.; TESINI, D. Improvement in the oral hygiene of institutionalized mentally retarded individuals through training of direct care staff: a longitudinal study. *Spec Care Dentist* 1982, 2: 217 - 221.
22. DAVIES, K.; WHITTLE, J. Dental health education: training of homecarers of mentally handicapped adults. *Community Dent Health* 1990, 7: 193 - 197.
23. DEVER, J. Oral hygiene in mentally handicapped children. A clinical trial on using a chlorhexidine spray. *Australian Dent J.* 1979, 24: 301 - 305.
24. KALAGA, A.; ADDY, M.; HUNTER, B. The use of 0.2% chlorhexidine spray as an adjunct to oral hygiene and gingival health in physically and mentally handicapped adult. *J Periodontol* 1989, 60: 381 - 385.
25. HUNTER, B. *Dental care for handicapped patients.* Ed. Wright. Bristol. 1987.

## **IV Congreso SEOC** **Valencia 23 - 24 - 25 de Noviembre de 1995**

### **PROGRAMA PRELIMINAR**

#### **Jueves 23**

##### **• Recogida de la documentación**

**• Inauguración oficial  
del IV Congreso SEOC**

**• Comunicaciones libres**

#### **Viernes 24**

##### **• Simposium sobre Adhesión**

J.M. Navajas  
(Universidad de Granada)

N. Nakabayashi  
(Instituto de Investigación Dental, Tokyo)

G. Vanherle  
(Universidad Católica de Lovaina)

G.C. Eliades  
(Centro de Investigación de Biomateriales, Glyfada)

A. Radigales  
(Práctica Privada, Madrid)

### **Curso Teórico-Práctico para Auxiliares de Clínica**

I. Camps  
(Universidad de Valencia)

#### **Sábado 25**

##### **• Simposium sobre Preparación Biomecánica de Conductos Radiculares**

V.J. Faus  
(Universidad de Valencia)

H. Fabra  
(Práctica privada, Valencia)

L. Martínez Herrero  
(Práctica privada, AEDE, Santander)

J. Pumarola  
(Universidad de Barcelona)

R. Miñana  
(Universidad de Valencia y Práctica privada, Madrid)

##### **• Mesas redondas de las Secciones de la Sociedad**

Patología Dentaria, Docencia, Investigación,  
Socios Agregados

##### **• Asamblea de la SEOC**