


Lesiones cariosas en niños con discapacidad de 0-12 años en una población peruana

Cariou lesions in children with disabilities aged 0-12 years from a Peruvian population

Grace María Gómez-Bernal¹ , Rafael Morales-Vadillo¹  , Mariela Ruthsana Romero-Velarde¹ 

¹Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Odontología. Lima, Perú.

 **Cómo citar:** Gómez-Bernal GM, Morales-Vadillo R, Romero-Velarde MR. Lesiones cariosas en niños con discapacidad de 0-12 años en una población peruana. Rev Cubana Estomatol. 2020;57(4):e2905

RESUMEN

Introducción: Existen diversos indicadores y controversias en la prevalencia de caries en niños con y sin discapacidad. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de lesiones de caries cavitadas y no cavitadas mediante el índice CPO-D/ceo-d y el registro de lesión de mancha blanca o lesión no cavitada activa en niños con y sin discapacidad de 0-12 años atendidos en el Centro Odontológico de la Universidad de San Martín de Porres entre los años 2010-2017, Lima, Perú. **Métodos:** Diseño observacional, transversal y retrospectivo. Población conformada por niños atendidos en la Especialidad de Odontopediatría del durante los años 2010-2017. Se identificaron 71 pacientes: 31 sin discapacidad y 40 con discapacidad. Se revisó el odontograma de la historia clínica, índice CPO-D/ceo-d y lesiones no cavitadas activas para determinar la presencia de caries dental. **Resultados:** En dentición decidua en niños sin discapacidad, el promedio del total de piezas afectadas (ceo-d + lesiones no cavitadas activas) fue de 15,83 y en los niños con discapacidad fue 11,64; en dientes deciduos de la dentición mixta en niños sin discapacidad se encontró un total de ceo-d de 7,86 y en niños con discapacidad presentaron un ceo-d de 8,20; en dientes permanentes de la dentición mixta en niños sin discapacidad se evidenció un CPO-D de 3,29 y en niños con discapacidad presentaron un CPO-D de 2,27. Solo se halló diferencia estadísticamente significativa del total de piezas afectadas, en dentición decidua de niños con y sin discapacidad ($p = 0,013$). **Conclusiones:** Los niños con discapacidad presentaron solo una mayor prevalencia de lesiones de caries cavitadas y no cavitadas en dientes deciduos de la dentición mixta, en contraste con los niños sin discapacidad (sin diferencia estadísticamente significativa). En el resto de las denticiones (decidua y permanente de la mixta) la prevalencia de lesiones de caries en pacientes con discapacidad fue menor, con diferencias estadísticamente significativas.

Palabras clave: caries dental; odontología pediátrica; atención dental para personas con discapacidades.

ABSTRACT

Introduction: There are various indicators of and controversies about the prevalence of dental caries in children with and without disabilities. **Objective:** Determine the prevalence of cavitated and uncavitated carious lesions based on the CPO-D/ceo-d index and the white spot lesion or active uncavitated lesion registry in children with and without disabilities aged 0-12 years attending the Dental Care Center at San Martín de Porres University in the period 2010-2017. **Methods:** A cross-sectional observational retrospective study was conducted of a population composed of the children attending the pediatric dental care service in the period 2010-2017. Seventy-one patients were identified: 31 without disabilities and 40 with disabilities. A review was done of the dental chart in the medical record, the CPO-D/ceo-d index and active uncavitated lesions to determine the presence of dental caries. **Results:** Average total affected deciduous teeth (ceo-d + active uncavitated lesions) was 15.83 in children without disabilities and 11.64 in children with disabilities; in mixed dentition deciduous teeth total ceo-d was 7.86 in children without disabilities and 8.20 in children with disabilities; in mixed dentition permanent teeth CPO-D was 3.29 in children without disabilities and 2.27 in children with disabilities. A statistically significant difference in the total affected teeth was only found in deciduous dentition of children with and without disabilities ($p = 0.013$). **Conclusions:** Children with disabilities only showed a greater prevalence of cavitated and uncavitated carious lesions in mixed dentition deciduous teeth, in contrast with children without disabilities (not a statistically significant difference). In the remaining dentitions (mixed deciduous and permanent) prevalence of carious lesions was lower in patients with disabilities, with statistically significant differences.

Keywords: dental caries; pediatric dentistry; dental care for people with disabilities.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las enfermedades bucodentales comparten factores de riesgo comunes que incluyen una dieta no saludable, particularmente aquellas ricas en azúcares entre otros factores.⁽¹⁾ Entre estas enfermedades bucodentales resalta, por la gran prevalencia, la caries dental. Para el Ministerio de Salud del Perú esta lesión de caries se describe como un procedimiento que se produce de manera dinámica, el cual tiene sus inicios desde un nivel subclínico y puede llegar hasta niveles macroscópicos en la superficie del esmalte y dentina.^(2,3) Fundamentándose en esta definición, se ha considerado a la lesión inicial de caries dental, conocida como lesión de mancha blanca o lesión no cavitada activa (LNCA), como un medio para evidenciar la realidad de la salud bucal en los niños con y sin discapacidad.⁽³⁾

A nivel mundial, entre el 47 %⁽⁴⁾ y el 69 %⁽⁵⁾ de la población infantil presenta caries dental, siendo esta una de las enfermedades con mayor prevalencia en los países en vías de desarrollo. En el Perú, la prevalencia y severidad de caries dental aumenta dramáticamente con la edad en niños menores de 6 años, además, la caries dental en niños de 0-11 años de edad es la segunda causa de consulta externa en los servicios de salud pública.

Hoy en día se ha podido determinar, gracias a las investigaciones realizadas, que existe un elevado número de personas con discapacidad en todo el mundo, más de 500 millones, y para poder referirse a estas personas se debe tener conocimiento sobre los diferentes diagnósticos de las discapacidades y los términos relacionados con su comportamiento y condición física.^(6,7) Según resultados de la Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (ENEDIS), se estima que en el Perú 1 575 402 personas padecen de alguna discapacidad, lo que representan el 5,2 % de la población nacional. Además 10 de cada 100 personas con discapacidad son menores de 18 años, mientras que para Lima Metropolitana el valor disminuye a 8 de cada 100.⁽⁶⁾

Existen diversos indicadores de caries dental para poder cuantificar y determinar el estado de salud bucal de una población, entre ellos están principalmente el índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados (COP-D) y el índice

de dientes deciduos cariados, extraídos y obturados (ceo-d) (los más tradicionales), y otros métodos más novedosos que se han desarrollado en la última década para evaluar la caries dental (todos conocidos por sus siglas en inglés): índice de lesiones de caries no tratadas en pulpa, úlcera, fístula y absceso (PUFA), índice del sistema internacional de detección y evaluación de caries I y II (ICDAS I y II), índice de evaluación de caries y tratamiento (CAST)⁽⁸⁾ y el índice de evaluación de la actividad y la gravedad de la lesión de caries, establecido por Nyvad.⁽⁹⁾ Sin embargo, estas escalas se usan con moderación en algunos estudios epidemiológicos como el de Kale,⁽¹⁰⁾ asimismo, no considera las LNCA, lo cual no permite una recolección de datos aproximada a la realidad debido a la omisión de estas lesiones durante la aplicación del índice; detalle importante para determinar la sensibilidad y eficacia del índice de caries dental.

Al complementar esta asociación, se podrá reafirmar, implementar y reforzar medidas de prevención específicas, ayudando a la población estudiada a mejorar su calidad de vida.

El propósito del presente estudio fue determinar la prevalencia de lesiones de caries cavitadas y no cavitadas mediante el índice CPO-D/ceo-d y el registro de lesión de mancha blanca o lesión no cavitada activa en niños con y sin discapacidad de 0-12 años atendidos en el Centro Odontológico de la Universidad de San Martín de Porres (CO-USMP) en el periodo 2010-2017. El estudio resulta de importancia para conocer la salud bucal de los pacientes con discapacidad que llegan a la consulta y establecer medidas que permitan mejorar su calidad de vida.

MÉTODOS

La investigación presenta un diseño observacional con solo el reconocimiento de las lesiones de caries cavitadas y no cavitadas, registradas por los operadores en el odontograma; comparativo ya que analiza las diferencias de las lesiones cariosas entre los niños con y sin discapacidad; transversal ya que se recopila en una sola medición del índice CPO-D/ceo-d y registro de LNCA; y retrospectivo porque se

evalúan los datos registrados en las históricas clínicas de la especialidad de Odontopediatría del CO-USMP en un momento anterior al estudio.

La población estuvo conformada por los pacientes atendidos por cirujanos dentistas estudiantes de posgrado en la especialidad de Odontopediatría en el CO-USMP, entre los años 2010-2017. Se registraron en total 175 pacientes pediátricos con discapacidad; luego de aplicar los criterios de inclusión (rango etario entre 0-12 años, registro de odontograma completo, historias clínicas legibles y completas); se seleccionaron finalmente 40 casos. Considerando un emparejamiento de los grupos, con respecto al mismo evaluador clínico del caso de estudio (paciente con discapacidad) con el caso control (paciente sin discapacidad), y aplicando los mismos criterios de inclusión (rango etario entre 0-12 años, registro de odontograma completo, historias clínicas legibles y completas), se encontraron a 31 pacientes sin discapacidad.

Se registraron el índice CPO-D e índice ceo-d y la cantidad de LNCA, así como las covariables edad y sexo. Se clasificó a cada paciente con o sin discapacidad, tanto en dentición decidua como dentición mixta, de acuerdo a la discapacidad según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

La información obtenida fue registrada en una ficha de recolección de datos e ingresados en una base de datos en el programa Excel para ser resumidos en tablas y gráficos. Posteriormente se procesaron en el paquete estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión 21 en español.

Se realizó el análisis descriptivo de las variables categóricas y numéricas, resumiendo estas últimas en medias con intervalo de confianza al 95% (IC 95%) y desviación estándar (DE).

Se evaluó la normalidad de las variables numéricas con la prueba de Shapiro Wilk, decidiendo utilizar la prueba estadística no paramétricas de U de Mann-Whitney por no encontrar similitud a la distribución normal.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la USMP (Acta n.º 039-2016). Se utilizaron consentimientos informados de autorización de atención y de participación en trabajos de investigación que fueron

firmados por los padres o tutores como parte del protocolo de tratamiento del CO-USMP. La información obtenida fue manejada con absoluta confidencialidad por parte de los autores.

RESULTADOS

Se obtuvo en dentición decidua en los niños sin discapacidad, con respecto al ceo-d + LNCA, una media de 15,83 (IC 95 %: 9,17-14,11) del total de piezas afectadas y un menor valor de la media de piezas afectadas (11,64, IC 95%: 14,21-17,46) en niños con discapacidad, encontrándose de acuerdo a la prueba U de Mann-Whitney (prueba no paramétrica al no haber distribución normal en las variables numéricas) una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p = 0,013$). La media en la dentición mixta de los niños sin discapacidad fue de 7,86 (IC 95 %: 4,07-11,65) del total de piezas afectadas deciduas y en niños con discapacidad de 8,20 (IC 95 %: 6,16-10,24) del total de piezas afectadas deciduas. En dientes permanentes la dentición mixta se reportó una media de 3,29 (IC 95 %: 1,62-4,95) del total de piezas afectadas para los niños sin discapacidad y 2,27 (IC 95%: 1,11-3,42) en los niños con discapacidad (Tabla 1); sin diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 1 - Promedio de dientes afectados por caries y LNCA en niños de 0-12 años con y sin discapacidad, según el tipo de dentición en el CO-USMP, (2010-2017)

Dentición		CPO-D Media (DE)	ceo-d Media (DE)	LNCA Media (DE)	Total de piezas afectadas Media (DE)
Con discapacidad	Decidua	-	7,80 (4,86)	3,84 (4,42)	11,64 (5,98)
	Mixta (deciduos)	-	6,47 (3,74)	1,73 (2,02)	8,20 (3,69)
	Mixta (permanentes)	1,73 (1,44)	-	0,53 (1,06)	2,27 (2,09)
Sin discapacidad	Decidua	-	10,71 (3,74)	5,13 (2,72)	15,83 (3,85)
	Mixta (deciduos)	-	4,71 (2,21)	3,14 (3,02)	7,86 (4,10)

	Mixta (permanentes)	1,14 (1,68)	-	2,14 (1,46)	3,29 (1,80)
--	---------------------	-------------	---	-------------	-------------

ceo-d = cariadadas extraídas y obturadas en dentición decidua; CPO-D = cariadadas, perdidas y obturadas en dentición permanente; LNCA = lesión no cavitada activa; DE = desviación estándar.

Específicamente, según el tipo de discapacidad, se observó en la dentición decidua mayores índices de piezas afectadas por caries en los niños con discapacidad en funciones psicomotoras; en la dentición permanente se encontró un mayor índice de piezas afectadas en los niños con discapacidad en funciones de la conciencia. En la tabla 2 también se observa que en la dentición mixta hay menor promedio de número de piezas afectadas por caries en los niños sin discapacidad, tanto en dentición decidua como permanente.

Tabla 2 - Promedio de dientes afectados por caries de acuerdo al tipo de discapacidad en niños de 0-12 años atendidos en el CO-USMP, (2010-2017)

Diagnóstico	Dentición decidua	Dentición mixta	
	Media ceo-d	Media ceo-d	Media CPO-D
Sin discapacidad	10,71	4,71	1,14
Discapacidad en funciones psicosociales globales	6,60	7,25	1,25
Discapacidad en funciones intelectuales	5,78	5,00	1,40
Discapacidad en funciones psicomotoras	11,75	9,00	1,50
Discapacidad en funciones de la conciencia	-	6,25	2,75

ceo-d= cariadadas extraídas y obturadas en dentición decidua; CPO-D = cariadadas, perdidas y obturadas en dentición permanente.

DISCUSIÓN

Los niños sin discapacidad mostraron mayores niveles de lesiones de caries en dientes deciduos y permanentes de la dentición mixta; mientras que en los niños con discapacidad solo se detectó mayor número de dientes afectados en los dientes deciduos de la dentición mixta. Este hallazgo puede explicarse debido a que los dientes temporales en dentición mixta han estado presentes por más tiempo en boca y están más expuestos a factores de riesgo, coexistiendo un difícil manejo conductual tanto por los padres como por los profesionales. La conducta negativa en la higiene bucal es más difícil de manejar en niños con discapacidad por la

presencia de acciones limitadas, inadecuado movimiento lingual o de la masticación, que no consiguen la acción de limpieza natural.

Los niños que presentan alguna discapacidad física o mental pueden ser más propensos a tener problemas de salud bucal, ya sea por su propia discapacidad o debido a las condiciones médicas asociadas, aunque también deben tenerse en cuenta las razones económicas o sociales.⁽⁷⁾ Por ende, estos infantes requieren mayor atención en los cuidados de la salud bucal y un tratamiento especializado en un ambiente con condiciones adecuadas, no solo para tratar los problemas bucales ya presentes, sino para evitar que empeoren los existentes o prevenir que aparezcan otros.^(11,12)

El uso de medicamentos con alto contenido de azúcar es otro factor de riesgo debido a las posibles consecuencias que podrían desencadenar, las erosiones, por ejemplo, que involucran un debilitamiento del esmalte dentario harían más susceptibles los dientes de presentar caries dental.^(13,14) Se ha observado que al inicio de la dentición mixta (6 años) los padres no se muestran pendientes de la higiene bucal de sus hijos y los conocimientos de la familia con respecto a las medidas preventivas en niños son pocos o nulos.⁽¹⁵⁾ Por otro lado, a esta edad los niños ya van al colegio y existe interacción con otros niños, los cuales no siempre tienen una alimentación adecuada y, generalmente, es altamente cariogénica.^(1,14) El hecho de que existan más piezas deciduas afectadas en la dentición mixta confirma lo encontrado por otros investigadores como *Velásquez*,⁽¹⁶⁾ lo que demuestra que los niños con discapacidad en comparación con los niños sin discapacidad presentan mayor riesgo de padecer enfermedades, por tener los últimos menor autonomía o competencia en la higiene bucal.

Es importante, entonces, considerar las LNCA en la evaluación de la salud bucal, por cuanto en la dentición decidua como en la mixta se encontró un número apreciable de LNCA, que al ser considerado aumentaría el total de piezas afectadas y el índice de caries. Tal elevación estadística pondría en la mesa de discusión la realidad del estado de la salud bucal de ambas poblaciones infantiles.

Se sugiere crear programas preventivos, que impidan que las LNCA progresen y se vuelvan más severas, variando el tratamiento preventivo a un tratamiento restaurador para detener el avance de esta enfermedad.^(17,18,19)

Por otro lado, según el diagnóstico del tipo de discapacidad se encontró un mayor índice comunitario ceo-d en las alteraciones de las funciones psicomotoras como parálisis cerebral, 11,75 en dentición decidua y 9 en dientes deciduos de la dentición mixta. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el valor máximo ceo-d es de 6,5 para indicar un índice alto.⁽²⁾ En dientes permanentes de la dentición mixta se encontró un mayor índice CPO-D en las alteraciones de las funciones de la conciencia (según el CIF), como síndrome convulsivo y epilepsia, con un índice de 2,75, lo que, según la OMS se considera como un índice CPO-D moderado.^(20,21)

Estos resultados coinciden con *Soto* y otros⁽²¹⁾ quienes realizaron un estudio en 170 niños de ambos sexos, con parálisis cerebral y edades comprendidas entre 2 y 17 años. Los investigadores⁽²¹⁾ encontraron presencia de caries en el 92,35 % y el promedio de piezas afectadas según el índice de caries CPO-D y ceo-d fue de 7,4 y 8,4, respectivamente.

Esos resultados se contraponen a los de un estudio realizado en Europa por *Gaçe* y otros,⁽²²⁾ quienes aseguraron que el diagnóstico de discapacidad con mayor caries fue el retardo mental (36,2 %; n = 217) y, con menos, la parálisis cerebral (4,3 %; n = 26). Esto puede deberse, según la OMS, a que las tasas de funciones psicomotoras difieren en cada continente con el resto de discapacidades.^(7,22)

La diferencia de resultados de acuerdo al tipo de dentición o edad puede estar relacionado con la población estudiada, el lugar donde se realizó el estudio, dónde fueron recolectados los datos y la educación en salud bucal de las personas a cargo de la higiene del niño. En el servicio de odontopediatría del CO-USMP llegan pacientes sin discapacidad con recursos económicos bajos y altos índices de caries, con conducta negativa, no colaboradores, referidos por otros centros odontológicos. Por otro lado, en el caso de los niños con discapacidad, los padres presentan mayor cuidado con la salud de sus hijos, debido a que están en constante observación. La población de pacientes discapacitados que asiste al centro

odontológico, son de mejor posición económica y pacientes que tienen mayores cuidados y conocimientos sobre los cuidados e higiene bucal.

En conclusión, en la población estudiada se encontró que tanto los niños con o sin discapacidad presentan un índice de caries dental considerado como alto según la OMS, tanto en dentición decidua como mixta,⁽³⁾ pero comparando ambas poblaciones se puede concluir que los niños con discapacidad presentaron solo una mayor presencia de lesiones de caries cavitadas y no cavitadas en dientes deciduos de la dentición mixta. En los demás tipos de denticiones (decidua y permanente de la mixta) la presencia de lesiones de caries en pacientes con discapacidad fue menor e, incluso, estadísticamente significativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Federación Dental Internacional (FDI). El desafío de las enfermedades bucodentales: una llamada a la acción global. Ginebra: Atlas de Salud Bucodental (2.ª Ed.); 2015. [acceso: 20/03/2019]. Disponible en: https://www.fdiworldental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads Oh2_spanish.pdf
2. Perú. Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud del Perú. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2017. p.61-72.
3. Perú. Ministerio de Salud. Resolución ministerial del 31 de mayo del 2017 Nro 422-2017/Minsa. Guía técnica de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niñas y niños. [acceso: 05/04/2019]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189980/189474_R.M._N_C2_B0_422-2017MINSA.pdf20180823-24725-w92fq3.pdf
4. Gupta D, Momin RK, Mathur A, Srinivas KT, Jain A, Dommaraju N, Dalai DR, Gupta RK. Dental caries and their treatment needs in 3-5 year old preschool children in a rural district of India. N Am J Med Sci. 2015 [acceso: 10/03/2020]; 7(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4426517/?report=printable>
5. Mehta A, Bhalla S. Assessing consequences of untreated carious lesions using pufo index among 5-6 years old school children in an urban Indian population. Indian J Dent Res. 2014 [acceso: 10/03/2020]; 25(2). Disponible en: <http://www.ijdr.in/article.asp?issn=0970-9290;year=2014;volume=25;issue=2;spage=150;epage=153;aulast=Mehta>
6. Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: características de la población con discapacidad; 2015. [acceso: 05/06/2019]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1209/Libro.pdf
7. Pitts N. Child Dental Health Survey. Health Soc Care. 2013;369(3):51-9.
8. Mehta A. Comprehensive review of caries assessment systems developed over the last decade. Revista Sul-Brasileira de Odontologia. 2012 [acceso: 10/03/2020]; 9(3). Disponible en:

https://pdfs.semanticscholar.org/91c0/aa536c41c59274770d61c4490268afe3a83a.pdf?_ga=2.73098131.1829210429.1583859422-745097346.1553583066

9. Nyvad B, Baelum V. Nyvad Criteria for Caries Lesion Activity and Severity Assessment: A Validated Approach for Clinical Management and Research. *Caries Res.* 2018 [acceso: 10/03/2020]; 52(5). Disponible en: <https://www.karger.com/Article/Pdf/480522>

10. Kale SS, Kakodkar P, Shetiya SH, Rizwan SA. Dental caries prevalence among 5- to 15-year-old children from SEAR countries of WHO: A systematic review and meta-analysis. *Indian J Dent Res.* 2019;30(6):937-47.

11. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad; 2011 [acceso: 05/06/2019]. Disponible en: <https://www.who.int/disabilities/policies/activities/es/>

12. Henostroza G, Arana A, Bernabé E, Bussadori S, Calderón V, Delgado L, *et al.* Caries dental: Principios y procedimientos para el diagnóstico. Lima: Ed. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.

13. Zhao D, Tsoi JK, Wong HM, Chu CH, Matinlinna JP. Paediatric Over-the-Counter (OTC) Oral Liquids Can Soften and Erode Enamel. *Dent J (Basel).* 2017 [acceso: 12/04/2019]; 5(2). Disponible en: <https://hub.hku.hk/bitstream/10722/242175/1/content.pdf?accept=1>

14. Braúna A, Abreu M, Resende V, Castilho L. Risk factors for dental caries in children with developmental disabilities. *Braz Oral Res.* 2016 [acceso: 12/04/2019]; 30(1). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/bor/v30n1/1807-3107-bor-30-1-1807-3107BOR-2016vol300079.pdf>

15. Torres L, Sams LD, Zeldin LP, Divaris K. Framing Young Childrens Oral Health: A Participatory Action Research Project. *PLoS One.* 2016 [acceso: 12/04/2019];

11(8). Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0161728&type=printable>

16. Velásquez C. Condición de salud oral en niños con retardo mental de 3 a 6 años que asisten al programa de intervención temprana del hospital regional docente de Trujillo 2008. [Tesis]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2009 [acceso: 28/12/2016]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/418>

17. Meyer-Lueckel H, Paris S, Ekstrand K. Manejo de las caries: ciencia y práctica clínica. Caracas: Editorial Amolca; 2015.

18. Domínguez G, Quesada J, Jiménez A. El paciente con parálisis cerebral y su tratamiento odontoestomatológico. *An Odontoestomatol.* 1994;1(2):69-73.

19. Nasco N, Gispert E, Roche A, Alfaro M, Pupo RJ. Factores de riesgo en lesiones incipientes de caries dental en niños. *Rev Cubana Estomatol.* 2013 [acceso: 23/05/2019]; 50(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000200002

20. Gonzales D. Evaluación del riesgo de caries en escolares con discapacidad sensorial y motriz de 6-12 años [Tesis]. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca; 2016 [acceso: 28/12/2016]. Disponible en: <http://dspace.ucacue.edu.ec/handle/reducacue/7213>

21. Soto R, Vallejos R, Falconi E, Monzón F. Patologías bucales en niños con encefalopatía infantil en el Perú. *Rev Estomatol Hered.* 2006;16(2):115-9.

22. Gaçe E, Kelmendi M, Fusha E. Oral health status of children with disability living in Albania. *Mater Sociomed.* 2014 [acceso: 10/12//2018]; 26(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4314158/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Grace María Gómez-Bernal, Mariela Ruthsana Romero-Velarde, Rafael Morales-Vadillo.

Curación de datos: Grace María Gómez-Bernal.

Análisis formal: Rafael Morales-Vadillo.

Metodología: Grace María Gómez-Bernal, Mariela Ruthsana Romero-Velarde, Rafael Morales-Vadillo.

Supervisión: Mariela Ruthsana Romero-Velarde, Rafael Morales-Vadillo.

Redacción: Grace María Gómez-Bernal, Mariela Ruthsana Romero-Velarde.

Redacción - revisión y edición: Rafael Morales-Vadillo.

Recibido: 09/06/2019

Aceptado: 19/04/2020

Publicado: 30/09/2020



Este artículo de *Revista Cubana de Estomatología* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Revista Cubana de Estomatología*.